

千葉県福祉サービス第三者評価の評価結果
(通所介護・デイサービス)

1 評価機関

| | |
|--------|---------------------|
| 名 称 | 特定非営利活動法人 ACOBA |
| 所 在 地 | 我孫子市本町3-4-17 |
| 評価実施期間 | 令和1年9月1日～令和1年11月30日 |

2 受審事業者情報

(1) 基本情報

| | | | |
|---------------|--|-------|--------------|
| 名 称 (フリガナ) | 浦安市猫実高齢者デイサービスセンター ウラヤスシネコザネコウレイシャデイサービスセンター | | |
| 所 在 地 | 〒279-0004 千葉県浦安市猫実1丁目2番5号 | | |
| 交通手段 | ●JR京葉線「新浦安駅」よりおさんぽバス(東京ベイ医療センター行き)18番(健康センター郷土博物館)下車 ●JR京葉線「新浦安駅」より東京ベイシティバス6・7系統で市役所前下車 徒歩1分 | | |
| 電 話 | 047-304-8858 | FAX | 047-304-8858 |
| ホームページ | http://www.seirei.or.jp/urayasushitaku/ | | |
| 経 営 法 人 | 社会福祉法人 聖隷福祉事業団 | | |
| 開設年月日 | 2000年4月1日 | | |
| 介護保険事業所番号 | 1273200152 | 指定年月日 | 2014年4月1日 |
| 併設しているサービス | なし | | |

(2) サービス内容

| | | | |
|---------|---|------------|---------|
| 対象地域 | 浦安市内 | | |
| 定 員 | 25名 | | |
| 協力提携病院 | 浦安中央病院・浦安病院 | | |
| 送迎体制 | あり(送迎用リフト車3台・軽ワゴン1台) | | |
| 敷地面積 | 735.79㎡ | 建物面積(延床面積) | 243.96㎡ |
| 利 用 日 | 月曜日～土曜日(祝日を含む) | | |
| 利用時間 | 午前9時50分～午後16時00分 | | |
| 休 日 | 毎週日曜日 及び 12月29日～1月3日 | | |
| 健康管理 | 常勤看護師による健康管理と緊急時の早期対応を行っています。 | | |
| 利用料金 | 要支援・要介護度別利用料金・サービス提供体制加算料金・入浴介助加算料金・個別機能訓練Ⅱ・運動器機能向上・処遇改善加算・特定処遇改善加算・食事料金他 | | |
| 食事等の工夫 | 同じ空間内に厨房があり、出来たてをお出しする事が出来ます。食事内容は和・洋・中とバラエティー豊か。ご利用者の身体状況に合わせた食事形態、アレルギー、減塩食、カロリー制限食などの対応を行っております。 | | |
| 入浴施設・体制 | 個別浴槽4箇所・特殊浴槽1箇所 4名の職員でご利用者の状態に合わせた支援しております。 | | |
| 機能訓練 | ご利用者の日常生活を送るのに必要な生活機能の向上、維持を目指した運動器機能向上訓練、個別機能訓練Ⅱの実施、食事前の口腔機能体操、残存機能維持リハビリ体操の実施しています。 | | |
| 地域との交流 | 活動内にボランティアなどの社会資源を活用し、また、地域の商業施設や公共施設への外出機会を取り入れています。 | | |

(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 |
|------------------|-----------|-----------|-----------|-----|
| | 4 | 6 | 10 | |
| 職種別従業者数 | 生活相談員 | 看護職員 | 介護職員 | |
| | 2 | 2 | 5 | |
| | 機能訓練指導員 | 事務員 | その他従業者 | |
| | 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 | |
| | 6 | | 2 | |
| | 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 | 電話・FAXでの受付を随時行なっております。 | | |
| 申請窓口開設時間 | 午前9時00分 ～ 午後5時00分（月～土曜日 祝日含む） | | |
| 申請時注意事項 | 浦安市内にお住まいの方で、介護保険の要支援・要介護者の方がご利用頂けます。 | | |
| 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 | <p>基本理念 『私たちは、地域（市民）とともに高齢者福祉に貢献する』</p> <p>運営方針 ・私たちは、一人ひとりを知りその人らしい生活が続けられるように支援します。 ・私たちは、ご利用者・ご家族(関わりのある方々)の想いを理解し、実現に向けて共に支援します。 ・私たちは、その人らしい最期の時をご家族(関わりのある方々)と共に支援します。 ・私たちは、職員一人ひとりが専門性を高め、人として成長するために常に自己研鑽します。 ・私たちは、一人ひとりが地域の社会資源として自覚し役割を果たします。</p> |
| 特 徴 | <p>浦安市内の中心にあり、ゆったりとしたフロア空間からテラスを眺めると四季折々の草花が咲き季節感を味わえます。</p> <p>地域の方々と密着した施設として、ご利用者がより楽しんでいただける各種イベントの開催や、ボランティア週間では、多数のボランティアグループの協力を得て様々なジャンルの催し物を開催しています。</p> <p>地域貢献の一環として、通常のデイサービス事業以外に、高齢で一人住まいやお二人暮らしの方で、バランスのとれた食事が食べられない、高齢で介護負担がある方などを対象とした、朝食・服薬・健康管理サービスの提供や生活行為の課題に対する個別機能訓練を実施しています。</p> |
| 利用（希望）者へのPR | <p>浦安市の中心に位置する猫実に開設し、19年になるデイサービスです。ご利用者も元町、中町、新町と浦安市内全域からお越しくださり、日々にぎやかな定員25名のデイサービスです。ご利用者全員に「楽しかった、来てよかった」と思っていただけの居場所でありたいと思っています。どうぞ、お気軽に猫実デイサービスセンターのドアをノックしていただき、一緒に笑い、楽しみませんか。スタッフ一同心よりお待ちしております。</p> |

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 |
|--|
| 1. 社会福祉法人の使命として地域共生社会の実現 |
| 浦安市猫実高齢者デイサービスセンター(以下、事業所)の運営は、キリスト教精神に基づく「隣人愛」を基本理念に掲げる、社会福祉法人聖隷福祉事業団で、現在、152施設・349事業、職員数15,000人規模で、保健、医療、福祉、介護サービスの提供を行っている。総園長(浦安市高洲高齢者福祉施設及び浦安市猫実高齢者デイサービスセンター兼務)は、法人の強みを事業部同士の協力による総合力の発揮と時代、地域ニーズの変化に適切に対応できることにあるとしている。当事業所においても、ニッチなニーズを発見し、サービスメニューに取り入れるなど、地域共生社会の実現を目指している。 |
| 2. 順調に利用者の確保ができている |
| 開設後20年を迎えた当事業所は、当初利用者の定員20名でスタートし、平成29年4月1日から5名増員の25名定員となった。8年前実施された第三者評価でも「市民ニーズの高まりに応える定員増加の検討」と定員増加について指摘されていた。昨年度の一日当たりの利用者は、20名とフル稼働に近い利用者数である。これは、多様化した利用者ニーズへの対応や地道な営業活動により、達成できたものと評価できる。 |
| 3. 地域のニーズに対応した地域貢献サービスの提供 |
| 一人暮らしや高齢者二世帯で老々介護をされている方を対象に、通常より早い時間に迎えに行き、デイサービスで朝食を提供し、食後の服薬介助を行っている。朝食をきちんと食べ薬を忘れずに服用できる事により利用者の健康管理に繋がっている。職員が常に地域にどのような貢献ができるのかを考えており、社会福祉法人としての事業の役割を担っている。 |
| 4. 笑顔あふれる楽しいデイサービス |
| 「笑顔が大好きです。笑顔になればしあわせに一步近づく」とホール中央の柱に掲げられており、昼食時には「栄養がとれて美味しい食事で助かる」と利用者の沢山の笑顔がある。利用者も参加する歌や踊り・ダンスのボランティアの他、脳トレ用の書籍を持参したり、利用日を訪問日に合わせるファンもいる麻雀ボランティアなどボランティアも多彩である。楽しく遊びながら機能訓練ができるアクティブが用意され、利用者同士が友達になれるよう配慮がされている。 |
| さらに取り組みが望まれるところ |
| 1. 環境整備してより快適な居場所造りを |
| 当事業所の広いホールの中心に大きな円柱があり利用者全体を職員が見守る障壁になっているが市の建物内にあり改修が出来ない状態である。また利用者の作品や楽しい雰囲気づくりの飾りつけも掲示されている。しかし色々な物品や器具、飾り、本等々が置かれているので収納に工夫して整理し、更に居心地の良い空間造りがされるよう期待したい。 |
| 2. 昼食後の口腔ケアの充実 |
| 食事前に摂食嚥下が円滑に進むよう口唇頬を動かす口腔体操を行っているが、食後の口腔ケアが少数の希望者に留まっている。在宅生活で義歯の清掃や管理が困難な利用者には、このサービスを提供できれば誤嚥性肺炎の予防にもなる。他施設にいる歯科衛生士との協同を検討する等今後期待したい。 |
| 3. 入浴時の排泄対策 |
| 脱衣室の中にトイレが無いので職員が着衣させてトイレまで誘導している。今後、衛生面と利用者・職員の負担軽減を考慮して、脱衣室内トイレの設置改修についてご検討願いたい。 |

(評価を受けて、受審事業者の取組み)

この度の第三者評価受審にて、これまで行ってきた取組みを客観的に評価していただけたことは有意義でした。さらに取組みが望まれるところでは、ご利用者の安全、衛生、利便性への環境整備や日常を健康に過ごす生活行為(習慣)の一環である口腔ケアの充実については、ご利用者の目線にて実地調査、評価をしていただき、取組みを見直していかねばならないと振り返るきっかけとなりました。

また、利用者調査結果では、これまでに大切にしてきた取組みが評価され、より一層期待に応えていきたいと思わせていただいた結果となったことは、事業所職員のやりがい、誇り、自信につながりました。

今回の結果に満足せず、今後もさらに地域の皆様から必要とされるサービスやニーズに応えられよう最善を尽くしてまいります。

福祉サービス第三者評価項目（通所介護）の評価結果（猫実デイ）

| 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 施設的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。 | 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 | 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。 | 4 | |
| | | | 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。 | 3 | |
| | | | | 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。 | 4 | | | |
| | | 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 | | | | 117 | 1 | |

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>経営法人は、キリスト教精神に基づく「隣人愛」を基本理念とし、具体的に「法人の使命」や「職員行動指針」を明文化している。また、施設・事業所の理念「私たちは、地域(市民)とともに高齢者福祉に貢献する」を制定し、浦安市指定管理者として高齢者福祉に取り組んでいる。事業所理念は、パンフレットにも明記されている。</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>事業所の玄関入口に掲示し、年2回実施する職員全体会議の席上、総園長の発声に続き「理念」、「使命」、「職員の行動指針」の唱和を行うことなどにより、周知の徹底を図っている。年度ごとに全職員へ配布する事業計画書などにも、中期事業目標「ビジョン2020」とともに、記載されており、全職員が共有している。</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>理念などは、利用者・家族の方々の目につくように玄関入口横に掲示されている。また、利用者へ重要事項説明時、同意書を取り交わす際などに説明をしている。利用者やご家族の元へ送付される「猫実デイ便り」や「ねこねこ通信」などでも伝えている。</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>2016年からスタートした中期事業計画「ビジョン2020」は、団塊の世代が後期高齢者となる2025年に向けた準備として、達成項目として7項目が設定されている。3年度にあたる2018年度の達成状況は、すべての項目が73%以上と順調に推移している。法人の目指す地域共生社会の実現に向けた事業展開をしている。</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>組織目標と個人目標を統合することにより、職員全体で組織の目標を達成していくマネジメントシステム「目標参画システム」を採用し、事業計画の策定と遂行を行っている。施設では、毎月第4日曜日17:15から実施する職場会議では、目標の進捗状況などを確認、職員と幹部職員との意見交換の場でもあり、達成に向けた修正を行っている。</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>事業所理念のもと、年度ごとの運営方針及び重点目標を実現のため、全体会議などを通して全職員がその情報を共有している。また、「目標参画システム」を活用して、個別課題の改善に努め、職員の弱点強化へ支援している。職場長は、利用者にとって居心地がいい場所の提供を心掛け、利用者ニーズへの対応と共に、明るい職場作りに心掛けている。</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>職員へ配布されている「就業規則」第3章に服務規程として、明文化されている。年2回の職員全体会議や8月に全職員を対象として権利擁護研修会を実施し、周知を図っている。職場長は、利用者との関係において友達関係となることを避けるなど利用者の尊厳を守ることに注力している。</p> | |

| | | |
|---|---|--|
| 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。 | <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>法人の人事方針は、「聖隷福祉事業団人材育成基本方針及び集合研修の基本方針」として、明文化されている。職員には、法人が各階層、各役職に求められる能力・求められる役割を設定しており、「目標参画システム」や「コンピテンシー評価」などにより、評価する公平な評価システムが構築されている。</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>職員は、4週8休を原則として休暇の取得を行っており、職場長は管理台帳により休暇を管理している。翌月の休暇予定に関して前月に打ち合わせを行い調整している。突発的な休暇に関しては、その都度対応している。職員との個別面談は年3回実施し、意向調査などを行っている。健康経営優良法人「ホワイト500」にも認定されるなど、労働環境の整備が進んでいる。</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>人材育成は、OJTを基本に位置付け、補完する役割として、OFF-JT、SDS(自己啓発援助制度)を合わせて推進している。法人の集合研修の運営は、「聖隷福祉事業団研修委員会」が行っている。職員は年度目標を設定し、3回の面接で進捗状況の確認を実施している。必要な研修に関しては、年間計画に沿って参加できるように配慮されている。</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>法定研修に位置付けられた、権利擁護に関わる研修が8月に年1回、虐待・身体拘束の研修は、9月・2月の年2回開催されている。また、毎月1回、身体拘束廃止・虐待防止委員会も開催されている。職場長の利用者第一の考えから、特にプライバシーへの配慮を職員に周知・徹底させている。</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>事業所入口に掲示するとともに、利用者・家族と手交する重要事項説明書にも記載されており、説明時に同意書を取得している。その書面には、守秘義務として利用目的を介護保険、法人内、医療機関など開示先を限定していることを記載している。また、毎年8月に実施する全職員向け権利擁護の研修などでも周知を図っている。</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>年1回、毎年9月から10月にかけて、利用者向けにアンケートと食事嗜好調査を実施し、利用者の要望へ応えるようにしている。特に、利用者のニーズを幅広く集める努力をしており、その中から、少ないニーズながらパイロットプランとして採用された朝食の提供と朝の服薬管理を行っている。利用者からの苦情・要望は、書面よりもTELや口頭によるものがほとんどである。</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>施設では綿密な「苦情解決要綱」を制定し、利用者の満足度向上への重点施策として取り組んでいることが伺える。施設内に苦情相談窓口の掲示がされ、利用者・家族へ周知をしている。利用時の説明の際に交付する「重要事項説明書」にも、サービスに係る苦情窓口として、苦情受付窓口、苦情解決責任者などの連絡先が明記されている。</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>毎年実施する利用者アンケートや食事の嗜好調査をはじめ、日頃の利用者・家族からの意見・要望を拾い上げて運営に反映している。職員全体会やサービス担当者会議では、介護内容について評価とともに改善点を取り上げて実践に活かしている。</p> | | |
| 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。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>業務ごとのマニュアルが整備されており職員が活用している。緊急時の連絡方法が変わった時や感染症対策の方法が変更したとき等、浦安地区全体の事業所が合同でマニュアルの見直しを行い、変更日時がその都度記載される。</p> | | |
| 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。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>重要事項説明書を利用者にわかりやすく説明するために、実際に起こりうる具体的な例をあげて説明している。また実際にかかる1か月の利用料金をその利用者の負担割合からおおよその額を提示し説明を行い理解と同意を得ている。</p> | | |
| 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。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>居宅介護支援事業所の担当ケアマネージャーからの基本情報や生活歴等の情報を得ている。利用前に相談員が利用者の自宅を訪問し、利用者と家族の意向を聞き、アセスメント表に記入し、通所介護支援計画を作成して同意を得ている。</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>3か月毎にモニタリングを行い、プランの短期目標と介護内容の評価を行っている。評価表にはモニタリング総括として利用時の様子、身体状況、活動状況と効果を確認し、本人が継続を希望しているなど詳しく記載されている。居宅介護事業所のケアマネージャーと連絡しつつモニタリング結果から提案する事もある。介護保険更新時や病院から退院する時など変化があった時には担当者会議に出席して連携を深めている。</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>利用者の個人ファイルに必要な情報がまとめられている。始業前と後に一日2回申し送りを行い、介護職と看護職で利用者の状態を伝達し合い、その内容を業務日誌に記載している。状態の変化があった場合には家族が担当ケアマネージャーに連絡し、その内容や相談事項と結果などを記録して情報の共有を図っている。</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>事業所で食事嗜好調査を年に一度行い、味付けや好きな献立を聞き食事の質を向上を図っている。利用者の状況に合わせて多種多様な食形態を提供している。焼く、蒸す、煮るが可能な調理機器を活用し、調理場からの良い香りが漂っており、食事中に利用者から「とてもおいしい」「一人暮らしなのでここできちんと食べられ利用してから体重が3kg増えた」「栄養が考えられていてありがたい」と大変好評であった。</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>一般浴室には個別浴槽がありカーテンで仕切れプライバシーに配慮されている。機械浴槽が隣浴室に設置され、自宅で入浴できない利用者も安全に入浴することが可能になっている。利用者の疾患や健康状態に合わせた入浴介護方法がケアプランに記載されている。同性介助を希望者には希望に沿った介助を行っている。プライバシーの観点からトイレのナースコールを押してもらい介助者を呼ぶようにしている。</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>健康チェック表にバイタル、入浴、口腔ケア、排泄、特記事項の項目があり職員が活用している。看護師が利用者の健康状態を把握して介護職と連携し利用者の状態変化に伴う介護の変更を家族に連絡している。体調が急変した時の連絡体制が構築されている。昼食前には早口言葉や口腔体操を行い口唇頬を動かし、摂食嚥下が円滑にできるようにしている。食後の口腔ケアは希望者に実施している。</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>利用者と家族の希望に沿い機能訓練計画書を作成し、機能訓練指導員である看護師とデイルームのトレーニングエリアで滑車や手摺など様々な器具を用いて在宅生活を支える為の機能訓練を行っている。猫実職員が考案したオリジナルの楽しいアクティブが盛り沢山にあり、紙飛行機は男性利用者に喜ばれている。</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>レクリエーション年間計画が作成され、週ごとにテーマを設定している。お菓子作りやピザ餃子作りなど日課スケジュールに組み込み、作って食べてと楽しく自立支援にもなる活動を行っている。麻雀、書道、脳トレ、フラダンス、ジャズダンス、踊り、歌等多彩なボランティアの協力が得られており、利用者と共に楽しんでいる姿が見られた。</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>利用者の連絡先、駐車場所や送迎時の注意点と対応方法が具体的記載されたマニュアルが整備されている。利用者により通所の準備に介助が必要な場合には居宅内介助をすることをプラン化しており利用者の気持ちに寄り添う支援が行われている。送迎時に家族に利用者の体調等を伝達し、お互いのコミュニケーションを大切にしている。</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>法人の年間計画に認知症の研修が実施されている。認知症の利用者の「その人らしさ」を検討し、帰宅願望や不安感が強い場合にその人に合った声掛けや方法を見つけ出し、申し送りの時や勉強会でその情報を職員間で共有してケアに生かしている。仲間の中で落ち着くこともあるのでグループ作りに配慮し、安心できる環境を提供できるよう留意している。</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>利用時に連絡帳を用いて、家族からは体調や自宅での様子や要望など、デイサービスからは利用時の様子等を知らせている。送迎時には家族との交流を大切にしている。毎月、「猫通信」を発行して利用時の写真やボランティアとの交流の様子を伝えている。今回のアンケートから相談が気軽に出来る、電話をかけた時に様子を教えてくれてありがたい等の声があった。</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。 ■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>感染症の委員会を設置し研修を行っている。日常的に一ケア消毒を行い、職員が感染症を媒介しないように気を付けており、消毒液を腰に常備している。特にノロウイルス、インフルエンザ、食中毒の発生時期ごとに注意を喚起している。</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>法人に事故報告とヒヤリハットを事実レベル1～5に分けられるシステムが構築されており、細微な事項についても報告されている。リスクマネジメント委員会でリスクの傾向と報告、統計を出し、職場会で原因を分析し再発防止に努めている。利用者に対して影響を残したことを事故ととらえており「忘れ物」もリスクとして報告対象にしている。</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)</p> <p>年間計画に非常災害発生時の防災訓練週を9月に設定し、毎年利用者と共に訓練を実施している。火災発生と地震発生時のマニュアルは整備されている。最近懸念されている台風や風水害については避難勧告のレベルに合わせて対策しており、法人本部でより具体的な対策を検討中である。</p> | | |