

## 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丁目10番15号      |
| 評価実施期間 | 平成25年10月25日～平成26年2月28日 |

### 2 受審事業者情報

#### (1) 基本情報

|               |   |       |              |
|---------------|---|-------|--------------|
| 名 称<br>(フリガナ) | 船橋市朋松苑デイサービスセンター<br>フナバシシホウショウエンデイサービスセンター                  |       |              |
| 所在地           | 〒273-0031<br>千葉県船橋市西船2-21-12                                |       |              |
| 交通手段          | JR西船橋駅から京成トランジットバス 諏訪神社行き 西船2丁目より徒歩1分<br>京成電鉄 海神駅から 徒歩14分   |       |              |
| 電 話           | 047-410-0117  | F A X | 047-410-0750 |
| ホームページ        | <a href="http://www.bikou.or.jp">http://www.bikou.or.jp</a> |       |              |
| 経 営 法 人       | 社会福祉法人 八千代美香会   |       |              |
| 開設年月日         | 平成14年6月1日   |       |              |
| 介護保険事業所番号     | 1270901521  | 指定年月日 | 平成14年6月1日    |
| 併設しているサービス    | 特別養護老人ホーム朋松苑<br>船橋市朋松苑ショートステイサービス<br>船橋市朋松苑在宅介護支援センター       |       |              |

#### (2) サービス内容

|         |  |            |               |
|---------|--|------------|---------------|
| 対象地域    | 船橋市在住の方  |            |               |
| 定 員     | 40名  |            |               |
| 協力提携病院  |  |            |               |
| 送迎体制    | 送迎車両5台(リフト付き 2台)                                   |            |               |
| 敷地面積    | 4711.72㎡   | 建物面積(延床面積) | 143.84㎡(デイ部分) |
| 利 用 日   | 月曜日 ~ 土曜日 (祝日は営業)                                  |            |               |
| 利用時間    | 9:15 ~ 16:30                                       |            |               |
| 休 日     | 日曜日、年始(1月1日~3日)                                    |            |               |
| 健康管理    | 健康診断書の提出、来苑時血圧・検温他必要な方の処置                          |            |               |
| 利用料金    | 介護保険料・食事(550円)等の実費                                 |            |               |
| 食事等の工夫  | 管理栄養士による献立、施設厨房内で調理、ご利用者に合わせた食形態、毎月の行事食、毎月の郷土料理を提供 |            |               |
| 入浴施設・体制 | 大浴場(一般浴・リフト浴)、機械浴<br>職員は浴室・脱衣室に計5名配置               |            |               |
| 機能訓練    | 個別機能訓練計画書にそって、看護師を中心に毎日実施                          |            |               |

|        |  |
|--------|--|
| 地域との交流 | 地域ボランティアや学生の介護体験等の受け入れ<br>地域の介護予防教室での出張レクの実施 |
|--------|--|

(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      |
|------------------|---------|---------|---------|----------|
|                  |         | 8       | 19      | 27       |
| 職種別従業者数          | 生活相談員   | 看護職員    | 介護職員    |          |
|                  | 3       | 3       | 15      |          |
|                  | 機能訓練指導員 | 事務員     | その他従業者  |          |
|                  | 3       | 3       | 8       |          |
| 介護職員が<br>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 | 福祉輸送ヘルパー |
|                  | 9       | 1       | 14      | 1        |
|                  | 訪問介護員3級 | 介護支援専門員 | 社会福祉士   | 社会福祉主事   |
|                  | 0       | 5       | 1       | 4        |

(4) サービス利用のための情報

| 利用申込方法   | 居宅介護支援事業所を通じての受け入れ   |      |  |
|----------|----------------------|------|--|
| 申請窓口開設時間 | 8:15 ~ 17:30         |      |  |
| 申請時注意事項  | 船橋市に住民票のある方、送迎範囲内の住居 |      |  |
| 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      | <p>①船橋市朋松苑デイサービスセンターの職員は、可能な限りご利用者が居宅において、その有する能力に応じて自立した生活を営むことができるように努めます。</p> <p>②ご利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持、並びにご利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図ります。</p> <p>③サービスの実施にあたっては、関係市区町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの連携を図りながらサービス提供に努めます。</p>                            |
| 特 徴         | <p>①祝祭日を含む月曜日から土曜日開館</p> <p>②機能向上の一環として「個別機能訓練サービス」「口腔機能向上サービス」「栄養改善サービス」を実施</p> <p>③季節感を感じられる行事を毎月実施（初詣・花見・夏祭り・運動会・敬老会・クリスマス会 他）</p> <p>④選択制レクリエーションの導入（生け花・書道・七宝焼・陶芸・紙粘土・フラワーアレンジメント・カラオケ・囲碁・将棋 他）</p> <p>⑤施設内厨房より出来たての温かいお食事や手作りおやつを提供</p> |
| 利用（希望）者へのPR | <p>開設12年目の施設です。デイフロアは、窓が大きく明るく広々とした作りです。地域密着型のデイサービスとして、ボランティアや学生の訪問も多く、毎日飽きることのないプログラムをご用意しています。「今日も一日楽しかった」とおっしゃっていただけるように、職員一同励んでいます。見学は随時受け付けていますので、お電話ください。</p>  |

## 福祉サービス第三者評価総合コメント

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(優れている点)

#### 1、個別サービス計画策定に独自のきめ細かい取り組みを行い利用者ニーズに応えている

事業所のサービス方針の重点課題は、利用者の能力に応じて居宅で自立した生活を営むことができるよう支援することである。年度事業計画の重点課題に「個別機能訓練・口腔機能向上・栄養改善」の3つのサービス向上が掲げられており、機能訓練指導員や看護師、管理栄養士など多職種が参画して、専門的視点から各種の計画書を策定し、きめ細かいサービス提供に繋げている。フロアではマシントレーニング、歩行訓練、関節可動域訓練、段差昇降訓練など多彩なメニューが、機能訓練指導員により提供されている。食事に於いても、利用者毎の食形態を考慮し、郷土食を取り入れるなどバラエティに富み、美味しく温かく提供出来るようにと、管理栄養士が細かく目を配っている。入浴介助の取り組みにも力を入れており、一般浴、リフト浴、中間浴と各種設置し、利用者の身体状況に合わせた対応を行っている。これらの優れた支援が、利用者のニーズに添って組合わされて提供されているこの取り組み姿勢を評価したい。利用者調査でも各種リハビリメニュー、食事の美味しさ、入浴の快適さ、職員の対応や総合的満足度に対し極めて高い評価が寄せられている。

#### 2、サービスの質の向上や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、職員同士の風通しを良くし、コミュニケーションがとれることを一番大切にしている。短時間の面談の中で、職員の意見や悩みを聞く機会を作り、働きやすい環境づくりや精神的なサポートを行っている。管理者は職員個々に、新しい業務や役割を与え挑戦させており、より一層働く意欲を持たせるよう導いている。職員の能力向上に対する取り組みを支援し、職員同士が親密で働きやすい環境づくりに、指導力を発揮している点を評価する。また、施設内外の研修への参加や他事業所の見学などを積極的に実施し、職員の意欲や自信を育てる取り組みも優れていると思われる。

#### 3、職務別の多様な研修の実施が人材の育成とサービス向上に活かされている

研修委員会は基本方針をもとに、課題に沿った研修テーマと1年間の予定を作成し、職員全員が自覚と目的を持って研修に取り組めるよう支援している。外部研修受講者が内部研修講師として、伝達研修を行うことが求められており、研修参加者に選ばれるという事が職員の自覚と責任感を引き出す仕組みが作られている。職員に研修内容を伝達するため、内容の振り返りや理解を進める為の工夫を重ねることが自己啓発となり、サービスへの心構えも違ったものとなってきている。研修に対する意識の向上を図り、サービスの質の向上に繋げているこの研修システムと取り組みを評価したい。

### さらに取り組みが望まれるところ

#### 1、個別評価に向けた取り組みが望まれる

職務権限に関する規定を明確にし、キャリアパスシートを作成して職員に求められる職種別資格要件を示すなど、公平性を保つ評価制度を取り入ようとする姿勢はみられる。しかし、その運用については、多くの解決すべき課題を抱え、現在試行段階にある。手始めに個人別目標シートを作成し、目標達成度を話し合う場を設定するなど、個別評価に向けた取り組みが望まれる。

#### (評価を受けて、受審事業者の取組み)

今回、第三者評価を受けたことは、客観的に自施設を分析する良い機会となりました。その結果としてご利用者・ご家族様に良い評価をいただいた面は、現状に留まることなく今後もご期待に添えるように一層強化することで、施設の強みとしていきたいと思っております。また、ご指摘いただきました職員の個別評価に関しては、早期の実現を目指して取り組んで参り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  |   |   |   |
|                        |                  |  | 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   |   |   |
|                        |                  |  |   | 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。                      | 2 |
|                        |                  | 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。 | 2   |  |   | 2   |   |
|                        |                  |  |   | 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   |   |
|                        |                  |  |   |  | 10 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                                   | 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。                          | 4  |   |   |   |
|                        |                  |  | 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  |   |   |   |
|                        |                  |  | 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   |   |   |
|                        |                  |  |   | 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。                                | 4   |  |   |   |   |
|                        |                  | 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  |   | 115  | 3   |   |   |

## 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<br>理念や基本方針が明文化されている。                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul> <p>(評価コメント) 法人の基本理念・方針に基づき、事業所の基本方針として、①利用者へのサービス向上、②防災対策の充実、③地域に開かれた役割、④職員のスキルアップのための研修実施、⑤良質な施設環境の維持向上などが明文化されていて、利用者が生きがいを持って、楽しく、笑顔につながるような日々の支援を大切に、地域の介護拠点を目指していることが読み取れる。このことは、「重要事項説明書」に「運営の方針」として明記しており、契約時に利用者・家族に分かり易く説明されている。</p>   |
| 2<br>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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul> <p>(評価コメント) 法人の理念・基本方針及び事業所の基本方針は事業計画の中に明文化されており、年度初めの全体会議において全職員に配布され、施設長より丁寧に説明が行われ共有化を図っている。事業計画作成、方針決定を行う際にも、全体会議や主任会議において、施設長より基本方針の大きな方向性と全体像の説明がされている。会議、ミーティングの場での話し合いの中では、基本方針にそった取り組みと実行が行われているかを互いに確認し合っていることが、会議議事録にて確認できる。</p>  |
| 3<br>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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul> <p>(評価コメント) 契約時には、「重要事項説明書」の中に明記してある「運営の方針」について説明を行うと同時に、事業所で特に力を入れている個別機能訓練サービス、口腔機能向上サービス、栄養改善サービスなどの実践面についても説明をしている。また、年一回の家族会においては、これらのサービス内容を実際に家族に体験して頂くことで、運営方針のより一層の理解を進めていることを評価したい。利用者調査においても、全員の利用者・家族より「十分な説明を受けた」との回答が得られている。</p>   |
| 4<br>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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 理念・基本方針より重要課題が明確にされている。</li> <li>■ 事業環境の分析から重要課題が明確にされている。</li> <li>■ 現状の反省から重要課題が明確にされている。</li> </ul> <p>(評価コメント) 中長期的視点から事業環境分析を行い、今年度の事業計画として、①利用者の個性性を重視した援助、②ご家族に対する支援、③記録の徹底と職員の資質向上を図る、④地域との関わりの4つの重要課題をわかりやすく明文化している。特に最優先課題として、地域の介護拠点の役割を果たすこと、及び利用者の意向に基づいた生活機能の維持・向上を目標に掲げ、個別機能訓練サービス・口腔機能向上サービス・栄養改善サービスに力を入れることを明確にしている。</p>   |
| 5<br>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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul> <p>(評価コメント) 事業計画は、年初に、施設長が基本方針を主任会議の場にて発表し、その方針に基づき、各部署で前年度の反省点と現状を踏まえて計画を策定するという仕組みになっている。デイサービス全体会議においてパート職員を含む全職員の意見を数回にわたり聞き取り、その意見をデイサービス常勤会議においてまとめ、その後、主任会議の場に提案されている。この決定プロセスは月1回の全体会議において全職員にフィードバックされていて、その内容は、会議議事録にも正確に記録されている。</p>  |
| 6<br>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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul> <p>(評価コメント) 管理者は、職員同士の風通しを良くし、コミュニケーションがとれることを一番大切にしている。短時間の面談の中で、職員の意見や悩みを聞く機会を作り、働きやすい環境づくりや精神的なサポートを行っている。管理者は職員個々に、新しい業務や役割を与え、挑戦させており、より一層働く意欲を持たせるなどの指導力を評価したい。また、介護技術や知識向上のために、施設内外の研修への参加や他事業所の見学などを積極的に実施し、職員の意欲や自信を育てる取り組みを行っている。</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"> <li>■倫理規程があり、職員に配布されている。</li> <li>■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。</li> <li>□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。</li> </ul>  |
| (評価コメント)倫理に関する規定としては、「就業規則」や「法令等遵守規程」等が整備され、全職員に配布されている。「法令遵守規程」には、①事業の適正運営と利用者の不信を招く行為の禁止、②介護保険及び関係法令の遵守等が謳われている。毎日の介護サービス内容や方法が、常に倫理と直結した姿勢で行われるように、各種会議の中で管理者により全職員に対し指導が行われている。今後、法令遵守等責任者の指導の下に、法令遵守の周知徹底を目的とした継続的な研修の実施が望まれる。     |  |  |
| 8   | 人事方針を策定し、人事を計画的・組織的にやり、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"> <li>□人事方針が明文化されている。</li> <li>■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。</li> <li>□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。</li> <li>■評価が公平に行われるように工夫している。</li> </ul>  |
| (評価コメント)職務権限に関する規定は管理規程の中で、各従業者の役割が明示されている。基本方針に掲げられている「介護人材の確保と定着」を目指して作成された「キャリアパスシート」には、職種別に必要な能力要件、職務内容、任用要件の詳細が記載されていて、職員に開示されている。評価基準を職員に明確に示し、公平性を保つ評価制度を取り入ようとする姿勢はみられるが、その運用については現在試行中であり、今後、個人別目標シートを作成するなどの個別評価への取り組みが望まれる。  |  |  |
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■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</li> <li>■把握した問題点に対して、人材や人人体制に関する具体的な改善計画を立て実行している。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> </ul>   |
| (評価コメント)有給休暇の消化率や時間外労働のデータは、ディサービス主任、施設長の管理のもと、業務時間の調整や個別の対応を行い、仕事量の偏りのない業務管理を行っている。また、家庭と仕事の両立で悩んでいる職員に対しては、空き時間を利用して相談に乗り、具体的な問題解決を行っていることが、記録ノートからも確認できる。施設全体で解決しなければならない人員補充等の人事案件については、月1回開催の主任会議等へ報告し、就業関係の改善課題の課題解決にあたり対応できている。  |  |  |
| 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"> <li>■キャリアアップ計画など中長期の人材育成計画がある。</li> <li>■職種別、役割別に期待能力基準を明示している。</li> <li>■研修計画を立て実施し必要に応じて見直している。</li> <li>■個別育成目標を明確にしている。</li> <li>■OJTの仕組みを明確にしている。</li> </ul>   |
| (評価コメント)職員研修の基本方針を基に、研修委員会が課題に沿った毎月の研修テーマと1年間の予定を作成し、職務別の多様な実務研修を実施している。介護福祉士や介護支援専門員等の資格取得には、法人として研修を実施し資格取得の支援に努めている。職種別のキャリアパスシートには能力要件や任用要件としての資格が詳細に明示され、期待能力基準の指標となっている。個別育成について自己評価とチャレンジシートを活用が行われているが、効果的な運用には課題があるとの認識を持っている。 |  |  |
| 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"> <li>■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。</li> <li>■日常の支援では、個人の意思を尊重している。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■利用者の羞恥心に配慮した支援をしている。</li> </ul> |
| (評価コメント)法令等順守規程には関係法令の遵守が謳われている。接遇委員会による「接遇チェックシートの実施と接遇向上に向けた活動」についての研修を、全職員に年1回実施している。独自の「接遇の最低基準と評価シート」による自己評価と上司及び同僚による多面評価を行って、職員の接遇マナーの向上を図り、利用者の権利擁護意識を高めている。虐待については送迎時の家族とのコミュニケーションに努め早期発見を心掛け、生活相談員を通じてケアマネジャーに報告する仕組みが出来ている。 |  |  |
| 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"> <li>■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。</li> <li>■個人情報の利用目的を明示している。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> </ul>  |
| (評価コメント)個人情報保護は法人のホームページへの掲載と施設の玄関に掲示して周知に努めている。個人情報の取扱いには、船橋市指定管理者として船橋市個人情報保護条例の趣旨に沿い、かつ法人の管理規程及び個人情報取扱いマニュアルにより執り行われている。個人情報管理部による指導のもと、職員には定期研修と意識の啓蒙、利用者には機密保持とサービス提供記録の開示を説明し同意がなされている。個人情報の保護や取扱いについての職員理解に対する取り組み姿勢を評価したい。      |  |  |
| 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。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者満足を把握し改善する仕組みがある。</li> <li>■把握した問題点の改善策を立て迅速に実行している。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> </ul>  |
| (評価コメント)毎年度末に利用者満足度を把握するため、利用者アンケートを実施している。回答率は利用者の75%と高く、施設やサービスに対する関心の大きさが伺える。要望や不満については会議で対応を話し合い即時改善を図りサービスに反映させている。行事についての要望は次年度の事業計画に反映し、苑内行事と外出を年7~8回実施し、施設の特徴として利用者により好評である。日々の連絡帳の中での相談・質問を大事にし、対応は記録として残してサービスの向上に繋げている。      |  |  |

|   |   |  |
|---|---|--|
| 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"> <li>■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。</li> <li>■相談、苦情等対応に関するマニュアル等がある。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> </ul>                             |
| (評価コメント) 苦情解決に関する規程を制定し、契約書に相談担当窓口や苦情解決の第三者委員会を明記している。相談・苦情対応マニュアルに基づき、利用者や家族からの問い合わせに迅速な対応を心掛け、要点を受付簿に記録しデイサービス全体会議において対策を話し合い業務改善に繋げている。第三者委員会は当法人と船橋市地域福祉課の二本立てとなっており万全を期している。相談や苦情に対する素早い対応が利用者満足に繋がるとの考え方で、積極的な取り組みが行われている。          |   |  |
| 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"> <li>■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。</li> <li>■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。</li> </ul>  |
| (評価コメント) 毎月のデイサービス常勤会議やデイサービス全体会議で、全体的なサービス内容についての評価を行い、課題点を検討しサービスの向上に繋げる仕組みが構築されている。今日あった出来事を全員に改めて知らせる必要がある場合やケアサービスの統一を図る為に、毎日の業務終了時ミーティングで検討を行い、業務日誌や個人ノートに記録して情報を共有している。  |   |  |
| 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"> <li>■業務の基本や手順が明確になっている。</li> <li>■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。</li> <li>■マニュアル見直しを定期的に行っている。</li> <li>■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。</li> </ul>   |
| (評価コメント) 業務マニュアルは、介護業務、ケアプランの作成の業務用や苦情、事故防止、緊急時対応等20余種類が整備されている。船橋市の指定管理者の報告事項に対して年1回の調査が実施され、整備状況が確認されている。サービス現場では一日の業務の流れや職員の役割が明記されており、新人研修もこれにより行われている。マニュアルの見直しには職員が参画し、会議での意見を基に見直しが実施されている。  |   |  |
| 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"> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> </ul>   |
| (評価コメント) 利用時に利用者宅を訪問し契約書と別紙の重要事項説明書を説明し同意を得ている。説明資料として料金表、加算のサービスと料金、予定表、食事のメニュー、行事とその写真、「朋松苑デイサービス新聞」等分かり易い資料を持参し説明を行っている。またデイサービスでは何をやっているのか、どんなサービスがあるのか、利用時には何を持っていくのか等具体的な説明に努め、内容の理解促進と不安の解消を図っている。                                 |   |  |
| 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"> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■計画は利用者や家族等に説明し同意を得ている。</li> </ul>  |
| (評価コメント) 契約時に、事業所独自様式のアセスメントシートを用いて利用者の心身状況や生活環境を確認し、利用者ニーズを把握している。アセスメント記録やケアプランに基づいて、生活相談員を中心に看護職、介護職が協力しあい、利用者の個別ニーズにあった通所介護計画書を作成している。アセスメント記録はケアの統一を図るための重要な役割を持っており、全ての職員が計画書と合わせてチェックし情報を共有している。通所介護計画書の内容は、利用者・家族に説明し、確認と同意を得ている。 |   |  |
| 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"> <li>■当該サービス計画の見直しの時期を明示している。</li> <li>■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。</li> <li>■急変など緊急見直し時の手順を明示している。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> </ul> |
| (評価コメント) サービス計画に対する評価と見直しは、利用者の状況に応じて6カ月から1年の期間で実施されている。目標そのものの妥当性や、具体的な課題の解決方法やその有効性が検討されている。利用者の心身の状況変化に対しては、随時計画の見直しが行われ、職員に周知が図られている。更新時の評価シートは居宅介護支援事業所に提出され、ケアマネジャーと連絡を取り合うことで利用者の情報共有が図られている。                                      |   |  |
| 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。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■サービス計画の実践に向け、具体的な工夫が見られる。</li> </ul>  |
| (評価コメント) 連絡帳や申し送りノートに記載された利用者の状況や状態変化は、担当者が個別ケース記録に記録し職員間で情報を共有している。特変事項など重要な課題については、業務終了時に話し合いがもたれ業務日誌と個別ケース記録に記録を残している。事故報告や対応変更、注意事項の追加があった場合は、その利用者の利用日毎に朝礼で注意を促し周知させている。ミーティングに参加していない職員には、出勤時に業務日誌や申し送りノートの確認をさせ、情報の共有化が図られている。     |   |  |

|  |  |  |
|--|--|--|
| 21   | 食事の質の向上に取り組んでいる                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者の希望や好みに応じて献立を工夫している。</li> <li>■利用者の状態に応じた食事提供をしている。</li> <li>■栄養状態を把握し計画を立て実施している。</li> <li>■食事を楽しむ工夫をしている。</li> </ul>  |
| (評価コメント) 食と栄養ケアマネジメントを通じ、利用者の生活の質の維持向上を目指すことを運営方針に掲げている。利用開始時のアセスメントで、管理栄養士や看護師が食事摂取状況と口腔機能の把握をおこない、必要に応じて栄養改善計画書を作成し健康維持に努めている。個人に合わせた食形態や皿・食器等を用意し、適温状態で利用者に提供できるよう様々な配慮が見られる。食事についてのアンケートを実施し、各地の郷土料理等もメニューに加え美味しく楽しい食事となるよう努めている。  |  |  |
| 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"> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> </ul>   |
| (評価コメント) 入浴や排せつに関するマニュアルは完備されている。浴槽は利用者の身体状況に合わせた対応ができるように、リフト浴等も設置されている。家族や職員間で体調の情報を共有し、入浴前にバイタルチェックを行い事故防止に努めている。ゆず湯などで季節を感じ、ゆったり入浴を楽しめるよう心掛けている。排泄チェック表にて排泄を定時誘導しオムツを極力減らすことに力を入れ、自立に結び付く支援に努めている。尿道留置カテーテルや人工肛門の利用者も、受入れを表明し期待に添っている。   |  |  |
| 23   | 健康管理を適切に行っている。                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> </ul> |
| (評価コメント) 家族から利用者の健康状態の確認を行い、来所時に血圧、体温等バイタルを測定し異常の早期発見に努め、個別ケース記録等に記録を残している。少しの体調変化も見逃さず、看護師と相談しながら入浴方法を変えるなどサービス内容の変更を検討し健康維持に努めている。特に、口腔機能向上についての取り組みは年度事業計画の重点項目として掲げられており、アセスメントを綿密に行い個別の口腔機能改善管理指導計画書に基づき、具体的目標や期間の設定、評価が実施されている。  |  |  |
| 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"> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> </ul>                     |
| (評価コメント) 事業所の年度運営方針に個別機能訓練サービスを掲げ、利用者の生活機能の維持・向上を図っている。個別機能訓練アセスメント表に基づいて、利用者ニーズに添った個別機能訓練計画書と、運動器機能向上計画書が策定されている。立位前屈等の体力測定を実施し、3ヶ月ごとに評価と計画の見直しが行われている。機能訓練指導員によるマシントレーニングや関節可動域訓練など、利用者のニーズに柔軟に対応できる多彩なメニューで、在宅生活の自立と継続に向けた支援を行っている。基本方針に基づいた綿密な計画の策定と、実践に向け事業所独自の考え方で意欲的に取り組んでいる姿勢を評価したい。 |  |  |
| 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"> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている。</li> <li>■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。</li> </ul>   |
| (評価コメント) 年間計画に毎月の全体行事予定と、利用者が選択できるクラブ活動や生け花などの趣味活動プログラムが企画提示されている。地域ボランティアや実習生の協力を仰ぎ、地域間や世代間の交流を図って、楽しく活気に満ちた自立生活が送れるよう計画的な取り組みが実施されている。休息の為のベッドや和室が用意され、利用者のニーズに添った配慮も感じられる。利用者アンケートにはサービスを受けるのが楽しみとか、帰宅後の反応が良くなっているといった評価の言葉が多く寄せられている。  |  |  |
| 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"> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> </ul>  |
| (評価コメント) 送迎介助マニュアルや交通事故対応マニュアルを整備し、快適で安全な送迎が実行されるよう備えている。専任の運転士を配置し、利用前のアセスメントで車酔いなど心身状況の確認を行い、安全で最適な送迎が出来るよう仕組みが整備されている。送迎日誌に毎日の気づきや課題点を記録し、情報を共有することで送迎時の負担軽減に努めている。送迎時の待ち時間は、職員は塗り絵や脳トレを勧め、歓談することを心掛けて利用者が退屈することなく有意義に過ごせるよう配慮している。   |  |  |
| 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"> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■「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。</li> </ul>   |
| (評価コメント) 常勤職員は全員、認知症介護実践研修を受講することを求められており、認知症の理解を深め介護技術の向上を図っている。認知症の利用者に対する介護の日々の気づきを、皆で話し合い業務日誌に記録し、情報の共有と対応能力の向上を図っている。事業計画に若年性認知症の利用者受入れを掲げるなど、関係機関や家族との連携で認知症の利用者を支援する態勢の確立に努めている。  |  |  |



|   |  |  |
|---|--|--|
| 28  | 利用者家族との交流・連携を図っている。                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> </ul>  |
| (評価コメント) 日常、家族に対しての利用者の情報交換や事業所での状況報告は連絡帳が活用され、双方の意思伝達と職員間の情報の共有化が行われている。お花見や文化祭には葉書やお知らせで参加を呼び掛けているが、家族に勤め人が多く参加者は多くはないのが現状であり今後の課題としている。年一回の家族会が開催され、事業所の見学やサービス内容の説明が行われ、家族同士の交流も図られている。   |  |  |
| 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。         | <ul style="list-style-type: none"> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■訪問介護職員の清潔保持や健康管理を行っている。</li> </ul>  |
| (評価コメント) 「感染症対応マニュアル」には、インフルエンザ、感染性腸炎など発生時の対応について、分かり易く記載されている。感染症対策委員会の指導の下、職員、利用者・家族にも手洗い・うがいの励行を徹底している。インフルエンザ・ノロウイルスなどの流行期には、利用者・家族へ文書を配付し注意喚起を働きかけている。また、施設内外の研修にも積極的に参加しており、研修で報告された他施設でのヒヤリハット事例を利用し、検証を行っていることが、研修記録からも確認できる。       |  |  |
| 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。        | <ul style="list-style-type: none"> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> </ul>   |
| (評価コメント) 介護事故防止マニュアルや送迎時事故防止マニュアル等を基に、内外の研修を実施し意識や対応の向上を図っている。事故やヒヤリハット事例はノートに書き留めて、全職員が確認することを徹底し、情報の共有化が図られている。また会議において1か月間のヒヤリハット事例の振り返りと話し合いを行い、事故防止に努めている。危険予知トレーニングを実施し、写真を見て職員がどういう危険性と事故に繋がるかを考え、自分では思いつかない危険を認識し事故防止に繋げる取り組みをしている。 |  |  |
| 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。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> </ul> |
| (評価コメント) BCP・緊急時対応マニュアルを大震災後に施設全体として作成したが、周知には時間を要している。災害の局地的発生を想定して、地理的条件の違う3か所の法人施設との相互協力支援体制を整え災害に備えている。施設全体で年3回防災訓練や緊急時連絡網による非常時伝達訓練を定期的に実施して、危機に対する意識を高めている。緊急時の備蓄は施設内備蓄に限界があるため、納入業者と提携し協力を仰ぐ体制が取られている。                               |  |  |