

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 福祉規格総合研究所
所 在 地	東京都千代田区神田須田町1-9 相鉄神田須田町ビル203号
評価実施期間	平成24年 8月 1日～平成25年 2月13日

2 受審事業者情報

(1) 基本情報

名 称 (フリガナ)	南八幡デイサービスセンター ミナミヤワタデイサービスセンター		
所 在 地	〒272-0023 千葉県市川市南八幡5丁目20番地3号		
交通手段	JR総武線本八幡駅下車、駅南口より徒歩10分		
電 話	047-378-3811	F A X	047-378-3814
ホームページ	http://care-net.biz/12/keibikai		
経 営 法 人	社会福祉法人 慶美会		
開設年月日	1996年6月1日		
介護保険事業所番号	12700800210	指定年月日	2000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	市川市、鎌ヶ谷市、浦安市、松戸市、船橋市		
定 員	指定通所介護（予防含む）40名・認知症対応型通所介護（予防含む）12名		
協力提携病院	なし		
送迎体制	送迎車輛7台（リフト車含む）		
敷地面積	1,016㎡	建物面積(延床面積)	727.07㎡
利 用 日	指定通所介護：月曜日から土曜日・認知症対応型通所介護：月曜日から金曜日		
利用時間	9時15分～16時30分		
休 日	日曜、年末年始（12月30日～1月3日）		
健康管理	看護職員によるバイタルチェック（血圧・脈拍・体温・問診等）		
利用料金	介護保険料1割負担と食事代550円		
食事等の工夫	嚥下・咀嚼機能・病気に合わせた食事形態に対応の他、月に1週間の間、選択食を実施しております。		
入浴施設・体制	共同浴槽と機械浴完備。脱衣所にトイレ有り。シャワーチェア6台（内移動式2台）。胃ろう、バルーン留置カテーテル、人工肛門の方の入浴にも対応しています。		
機能訓練	歩行訓練・嚥下体操・リハビリ体操・マシントレーニング・機能訓練指導員によるリハビリ		
地域との交流	小学校・保育園・各種ボランティアと毎月交流有り。		

(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
	10	15	25	
職種別従業者数	生活相談員	看護職員	介護職員	
	4	4	15	
	機能訓練指導員	事務員	その他従業者	
2	0	0		
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	
	4		7	
	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	随時電話連絡または、来所受付等にて対応		
申請窓口開設時間	8時30分～17時30分		
申請時注意事項	利用開始前に医療情報を書面にて提出していただきます。		
苦情対応	窓口設置	清山荘 お客様相談室	
	第三者委員の設置	有り	

3 事業者から利用（希望）者の皆様へ

サービス方針	<p>法人理念である「すべてのお客様に明るく健康で豊かな生活を」に基づき、要介護度の高い方への対応（胃ろうや寝たきり）や、認知症が進行している方に対して専門性のある対応など、重度化への対応を意識したお客様の受け入れを行います。</p> <p>お客様に対するおもてなしの気持ちを心掛け、常にやさしさを忘れず、相手の立場に立って考え行動します。</p> <p>開設当初からの培ってきたノウハウを活用し、人材育成及び他職種との連携、協働を強化しながら、良質な介護サービスを確立し、多様化したお客様及び社会的ニーズにお応えします。</p>
特 徴	<p>7台の送迎車輛（内5台リフト車）を配置しており、お客様の多様な送迎ニーズにお応えします。浴室は一般浴槽と座ったまま入れる機械浴を完備しているため、身体状況に合わせた入浴がお楽しみいただけます。食事は施設内の厨房で作った温かいお食事を提供します。月に一週間は、主菜を選べる期間を設け、楽しく食事ができる工夫をしています。また、お客様の嚥下状態に合わせて、お粥や刻み等の形態で安全面にも配慮した食事を提供しています。</p>
利用（希望）者へのPR	<p>要介護度の高いお客様（胃ろう・寝たきり）や、認知症の方を積極的に受け入れ、健康管理や心身機能の向上に努めています。デイサービスのプログラムとしては、機能訓練指導員によるお身体の状態に合わせた個別機能訓練や、レクリエーション活動で身体を動かしたり、手芸でいろいろな作品を制作しています。また、地域のボランティア団体との交流も行っています。その他、季節ごとのイベントや行事などを企画し、お客様はもちろん、職員も一緒になって楽しめるようなサービスを心掛けています。</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
事業所内の厨房でおいしい食事を提供し、選択食も喜ばれている
利用前の面接において、利用者の食事に関する情報を収集している。希望や好みをはじめ、嚥下・咀嚼状況を看護職員や介護職員が確認し、これらの情報を献立に反映させながら、利用者の状況に応じた食事形態で食事を提供している。調理は施設内の調理場で委託会社の職員により手作りされている。献立は彩りにも配慮しており、見た目も楽しめるよう工夫している。毎月一週間、食事内容を選択できる期間を設けており、利用者に喜ばれている。
清潔や安全・安心への配慮などに利用者の満足度が高い
今回の利用者アンケートでは約6割の利用者・家族の方から回答をいただいた。「職員は清潔や安心・安全に配慮してくれるか」、「職員は丁寧に接してくれるか」などの設問では多くの方が高い満足感を示されていた。自由意見欄でも、利用日を楽しみにしているとの声が複数聞かれた。
職員それぞれの創意工夫による「ふれあい活動」に力を入れている
心身の機能訓練につながるよう目的をもって年間行事計画・月間計画を作成し、計画に沿ってレクリエーション活動を行っている。今年度は行事を少し減らし、「ふれあい活動」に力を入れている。これは常勤職員がそれぞれ年に1回企画・実行するもので、各々の職員の得意分野を活かした様々な内容となっている。少人数活動にも力を入れており、カラオケ、手芸・麻雀などの趣味活動がある。誕生会もその都度行っている。夏祭り・敬老会では、利用者と職員が共同で制作した作品を展示し、家族を招いて実施している。また、郊外遊歩として菖蒲園、近隣マンション屋上展望台へ出かけており、利用者の楽しみとなって生活を活性化させている。
職員を4つのグループに分けた班ごとに、意見や提案を集約していく
事業計画は、現場からの意見と経営上の課題および事業環境などを踏まえて作成するフォーマットとなっており、利用者への影響、職員への業務負担、必要経費などが検討される。結果を評価し、改善し、次につなげるというサイクルとなるよう工夫された形式となっている。毎月開催するセンター会議や日々の申し送りのほか、職員を4つのグループに分けて行う班会議、各班のリーダーが集まるリーダー会議を行っている。これらを通じて職員全員の声を吸い上げて意見・提案を集約している。各職員の意見が運営に反映されるこの仕組みには、職員の自己評価は非常に高い。
看護職員を増員し、機能訓練の充実を図っている
機能訓練が必要な利用者には個別機能訓練計画書を作成している。利用者一人ひとりに合った歩行訓練やマシントレーニングなどの機能訓練を提供している。歩行訓練は希望者が多く、順番に廊下で訓練を行っている。また、歩行可能な利用者はフロアに設置された平行棒で踏み台を使った昇降運動なども行っている。訓練中は看護職員などがマンツーマンで対応し、利用者は会話を楽しみながら訓練に取り組まれている。今年度、看護職員を1名増員し、機能訓練の充実を図っている。自分のことは自分でしたいとの要望が多く、残存機能を十分活用できるプログラムや活動を取り入れている。
さらに取り組みが望まれるところ
認知症の利用者に対する対応を継続的に学んで明確にしていく
法人内に介護教育指導室を設置し、認知症ケアに関する研修を定期的に行っている。最新の情報を取り入れた内容となっており、研修を受けた職員は出席できなかったスタッフに伝える機会を設けている。認知症対応型の通所介護も行っており、利用者は年々重度化している。職員の自己評価では、認知症の利用者に対する対応をさらに学んで明確にしていきたいとの声が複数聞かれ、事業所としてもさらに強化したいと考えており、その成果が期待される。

さらに取り組みが望まれるところ
利用者調査の結果を公開し、利用者満足の上昇に努めていることを示していく
平成21年度より継続して第三者評価に取り組んでいる。利用者調査や職員自己評価などの結果を検証・評価し、要望を取り入れた計画につなげている。今後は、利用者調査の結果がどうであったか、そこで把握した利用者の声をどう反映したかなどを利用者に公開し、利用者満足の上昇に努めていることを示していくことが期待される。
計画・記録類を新介護ソフトウェアにスムーズに移行していく
今年度、法人全体で新介護ソフトウェアの導入を図った。各通所介護事業所でも、計画・記録類の新介護ソフトへの移行を進めている。今年度内には連絡帳をパソコンから打ち出せるようにする予定である。記録類のさらなる活用と業務効率化を進めるため、新介護ソフトへの移行をスムーズに進めていくことが期待される。

(評価を受けて、受審事業者の取り組み)

今年度から重点的に取り組んでいる機能訓練、少人数活動に関しましては、メニューを増やしたり、実際に行き評価をしていくながら、より個別ニーズに対応でき、満足いただけるよう引き続き取り組んでまいります。また、事業計画等の評価や方針を決定する際は、全職員から意見を集約して決定していきます。そうすることにより、より一層チームワークの質が高められ、目標達成に向けて全職員一体となって取り組んでいきます。

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。	3	0	
		2 計画の策定	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。	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	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。	2	1	
				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	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。	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	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	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	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。	4	0
				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				116	2	

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。
(評価コメント)「すべてのお客様に明るく健康で豊かな生活を」である法人の基本理念を明文化している。対外的には、法人のホームページや、事業所のパンフレットなどで広く明示している。また、第2次中期計画、単年度事業計画書に掲載しているほか、フロア内などに掲示している。基本理念に基づいてサービス提供に必要な4項目(法人の使命、目指す方向、人権擁護、自立支援の精神)の実行方法(行動指針)を定めている。行動指針は基本理念とともにホームページでの明示およびフロア内に掲示をしている。事業計画では、法人の中期的な経営方針や当年度のサービス方針を明記している。	
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。
(評価コメント)法人の基本理念および実行方法(行動指針)は、ミーティングを行う部屋への掲示や毎朝の朝礼での唱和などにより職員への周知を深めている。また、基本理念および実行方法を記したシールを作成して職員に配布している。普段目につきやすい場所や使用するノートなどに各人の判断で貼る事ができる。また、毎月行っているセンター会議や日々の申し送りの中でも基本理念に沿った議題を話し合い、職員内の共有化を図っている。週に1回程度理事長が来訪し、目標やその時々々の情報を職員に直接伝えることにより周知・理解浸透に努めている。さらに行事企画のテーマや経緯についても、理念を表記することにより常に念頭に置いて実施できるように工夫している。	
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。
(評価コメント)基本理念等は、フロア内の掲示やパンフレット・ホームページ・封筒などに明記して利用者や広く一般の方に伝えている。また利用開始時には、パンフレットや重要事項説明書などを用いて、理念・方針について説明を行っている。利用開始後には、連絡帳を使用して、基本理念を含めた連絡事項の確認や相談支援を行っている。	
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
(評価コメント)法人理念を基に中期計画を作成している。理念やビジョンの実現に向けた中長期計画は、各年度で作成している単年度事業計画書に盛り込み、全職員に配布を行うことにより周知している。計画は法人、事業所だけの課題にとどまらず、法人全体の強み・弱み・課題等に加えて、経営環境(社会情勢や世界の動向)が明確化され福祉業界だけにとれられない内容となっている。また、計画は決算報告会や四半期ごとに評価を実施して、確実な事業計画の推進・達成に向けて取り組んでいる。	
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。	<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。
(評価コメント)課題の明確化、計画の策定期間や手順については、事業計画書作成手順を策定している。計画書は、現場からの意見と経営上の課題および事業環境などを踏まえて作成するフォーマットとなっており、利用者への影響、職員への業務負担、必要経費などが検討される。結果を評価し、改善し、次につなげるというサイクルとなるよう工夫された形式となっている。毎月開催するセンター会議や日々の申し送りのほか、職員を4つのグループに分けて行う班会議、各班のリーダーが集まるリーダー会議を行っている。これらを通じて職員全員の声を吸い上げて意見・提案を集約している。各職員の意見が運営に反映されるこの仕組みには、職員の自己評価は非常に高い。	

6	<p>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。</p>	<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) 第三者評価に継続して取り組み、全利用者・家族にアンケートを実施して意向を汲みながら質の改善に取り組んでいる。また、職員をグループ分けして各グループにリーダーを立て、職員から意見を汲み取りやすい環境を作り出している。チームワークの重要性を認識し、一人ひとりの責任感を高め、お互いがフォローしあえるチームを目指している。職員の自己評価からも、チームワークの良い働きやすい職場であることがうかがえる。職員の知識・技術向上に関しては、法人内部の介護教育専門員の訪問により、基本的な介護技術のアドバイス・指導を受ける時間を設けて、スタッフの技術向上において成果につなげている。また、各利用者情報の共有格差、職員間での介護技術格差などがなく体制の整備とともに技術などの向上に積極的に取り組んでいる。</p>		
7	<p>施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。</p>	<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) 法人として倫理規定を策定している。法人主催の労務管理研修会などで、法令遵守にかかわる事項について繰り返し説明を受けている。また、法人の中期計画において「倫理(個人の尊厳)」、「お客様満足度向上」を掲げ、多様化するニーズへの対応を心掛けている。日常的にヒヤリハット報告を奨励し、個人の尊厳にかかわる改善提案について意見交換を行い、職員の倫理意識を高めている。</p>		
8	<p>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。</p>	<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) 事業所の人事制度に関する方針は、人事考課制度の導入で個人面談などを通じて、事業所の期待水準とともに明示している。事業所独自の新規採用は実施せず、法人全体で経営理念にかなう人材の確保・育成に努めている。人事制度では、常勤職員・地域限定職員は個人別での自己評価・課題分析・目標を作成し自己啓発ができる仕組みとなっている。また、「新人教育シート」、「常勤職員のあるべき水準」などを作成し、より具体的な技術習得に向けた取り組みや定期的な評価と個人面接を行っている。</p>		
9	<p>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</p>	<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、職員が相談を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) 個人ごとに毎月のサービス管理表、有休管理表を提出してもらいサービス状況の管理を行っている。人事考課制度により自己評価・上司評価・本部評価の3段階評価を実施している。半年ごとにDO-CAPシートを活用し、非常勤を含む全職員と面接を行い希望を聴取するとともに日頃から非常勤を含む全職員との接点を増やし、ねぎらいや感謝を表すとともに期待していることを示して職員のやる気向上を図っている。一般事業主行動計画に従い、より働きやすい環境への取り組みを行っている。有給休暇は、パースデイ休暇を設けているほか、夏季期間に計画的に取得している。福利厚生としてサークル活動支援金制度などもあり、職員は積極的に活用している。</p>		
10	<p>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。</p>	<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) 常勤職員の法人内での定期的な異動で将来を担う人材の育成に注力するとともに、地域限定職員の採用により安定した雇用に努めている。施設内外の研修は、年間計画表にまとめて計画的に実施している。研修内容は回覧等により職員間に周知される仕組みとなっている。法人内で行われる研修は、初任者・現任・管理者・受験対策など対象者が明確となっている。法人内の他事業所を見学する交換研修も行っている。また、水準シート(新人・常勤)を作成しており、自己点検を行ったうえで面接を実施して、取り組みや課題を双方で話し合いながら育成に関する計画を作成できる仕組みとなっている。</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) 今年度の事業所内研修において、介護保険制度や倫理規定について改めて学ぶ機会を設けた。法人の中期計画において「お客様満足度向上」を掲げ、多様化するニーズへの対応を心掛けている。特に当事業所では、他の事業所で断られがちな社会的ニーズの高い利用者を積極的に受け入れることとしている。また、身体拘束を行わず、利用者個々の意思を尊重している。入浴介助時に身体の状態を観察する仕組みを設け、虐待を早期発見した際には、担当の介護支援専門員などに報告することとしている。プライバシーへの配慮として、トイレや入浴の際にはカーテンで視界をさえぎったり、おむつ交換時にはパーテーションなどを活用するなど、利用者の羞恥心に十分配慮している。初回アセスメント時に利用者の意向を確認し、希望があれば同性介助にも可能な限り対応している。</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) 法人のホームページにおいて、プライバシーポリシーを開示している。法人として個人情報保護に関する規程を策定し、個人情報の利用目的や保護に対する取り組みを明確にしている。利用者および家族には、利用開始前に個人情報同意書を説明の上、同意をいただいている。また、法人と職員との間で誓約書を取り交わし、守秘義務や個人情報の取り扱いに関する理解と周知に努めている。実習生やボランティアに対しても、事前のオリエンテーションで留意事項を伝えている。契約書において、サービス提供記録の開示について明記している。利用者および家族から申し出があった場合には、所定の手続きを行い、サービス実施記録の閲覧や複写物の交付を受けることができる。</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) 平成21年度より継続して第三者評価に取り組んでいる。利用者調査や職員自己評価などの結果を検証・評価し、要望を取り入れた計画につなげている。利用者や家族の意見が反映できるよう、日々の連絡帳の記述を参考にしたり、個人的な相談も随時受け付けている。法人として「お客様サービス係」を設けており、利用契約書に相談受付の電話番号・受付時間を明記している。職員が把握した利用者からの要望をさらに集約しやすくするため、職員を4つのグループに分け、グループリーダーが毎月会議を行い、利用者満足のさらなる向上に努めている。</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) 利用契約書と重要事項説明書において、苦情受付担当者としてサービス相談窓口を明記している。利用開始時に利用者および家族に説明している。苦情解決実施要綱を定めており、苦情受付票・ご意見受付票に記録を残すとともに、申し出・ご意見・相談に対する対応結果を相手方に説明している。</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) 入浴、排泄、食事などそれぞれの業務ごとに係りを決めている。職員は担当となった業務について中心となって業務改善に取り組んでいる。また、日々のミーティングや月1回のセンター会議で話し合い、現状の問題点や今後の課題など意見を出し合い、改善点を確認している。グループリーダー会議でも職員からの意見を集め、サービスの質の向上につなげている。</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に行っている。 ■ 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) 各業務ごとにマニュアルを作成している。今年度は、震災マニュアルを改訂し、より具体的な内容を盛り込んだ。マニュアル類は各係りが責任を持って変更・改善を行っている。新人職員には育成担当の職員を決め、およそ3ヶ月を目途に教育を行う。チェックシートを用いて習得すべき事項とその定着を確認しながら育成に取り組んでいる。</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。
(評価コメント) 利用開始前に生活相談員が利用者宅を訪問し、契約書、重要事項説明書、センター利用案内に基づき詳細に説明を行っている。あわせて利用料金の計算方法やサービス内容などについても説明を行い、同意を得ている。事業所パンフレットでは、周辺の環境や事業所内の設備などを写真で紹介しているほか、デイサービスについてQ&A方式で解説している。		
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) 利用者の利用目的と心身の状況などは、担当介護支援専門員から事前に把握している。また、利用前の面接において、利用者の生活環境や家族の意向を聞き取り記録している。あわせて事前に利用者宅を訪問した際に、安全に送迎ができるよう住環境などの情報も収集している。介護支援専門員が作成した居宅介護サービス計画や、サービス担当者会議などで聞き取った利用者・家族の意向に基づいて、通所介護計画や個別機能訓練計画を作成し、利用者の課題に沿った長期・短期目標を設定している。これらは利用者・家族に説明のうえ、同意・捺印を得ている。		
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) 通所介護計画や個別機能訓練計画などは作成時に期間を設定し、次の見直し時期を明確にしている。また利用者の心身状況やサービス内容などに変化が生じた際には随時見直しを行っている。居宅サービス計画や通所介護計画の変更が必要と判断した場合には、介護支援専門員に連絡しサービス担当者会議などで利用者の状況について話し合いを行っている。他の事業所でのサービスの提供方法を参考にしながら、当事業所としての対応を検討している。介護支援専門員に毎月利用状況を報告するほか、何か変わった点があればその都度連絡をして対応を相談している。		
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"> ■ 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) 利用者ごとに個別ファイルを作成し、健康・身体状況・食事・排泄・入浴などの様子を詳細に記録している。その日の出来事や気づいた点はケース記録に記録し、日々の職員ミーティングで報告している。さらに報告内容について対応方法を検討し、援助内容の見直しや変更につなげている。業務日誌、申し送りノートを活用し、全職員へ周知を徹底している。今年度より新介護ソフトの導入を進めている。また、法人内の共有フォルダを活用し、事業所だけでなく法人内で適宜情報が共有できるようになっている。		
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) 利用前の面接において、利用者の食事に関する情報を収集している。希望や好みをはじめ、嚥下・咀嚼状況を看護職員や介護職員が確認し、これらの情報を献立に反映させながら、利用者の状況に応じた食事形態で食事を提供している。調理は施設内の調理場で委託会社の職員により手作りされている。利用者各自の食札があり、量・形態・禁食の種類などを詳細に記入し、ワゴンに準備している。利用者の状態変化は食事変更届けで報告され、事業所職員と調理担当者がその都度話し合って迅速に対応している。毎日食事一覧表を作成し、一目で利用者の情報を把握できるようきめ細かく記入している。また、毎日献立のカロリーが計算され、栄養状況を計画的に把握できるほか、半年ごとに利用者の栄養状況や嗜好も調査・確認している。献立は彩りにも配慮しており、見た目も楽しめるよう工夫している。毎月一週間、食事内容を選択できる期間を設けており、利用者には喜ばれている。		
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) 入浴・排泄介助に関するマニュアルを整備している。リスクマネジメント研修後に作成した独自のマニュアルは、サービス現場で使いやすく改良されたものとなっている。介助の流れ、手順・留意点、想定されるリスクなどの項目をまとめている。さらに使いやすいものにするべく、各委員会では担当者会を開催し、個別ケース対応や業務手順の話し合いを行っている。決定した事項は毎月センター会議で報告し、必要に応じて再度検討して職員全員に文書で報告している。介助内容が書かれた入浴カードを利用者ごとに作成し、スムーズに入浴が行えるよう工夫している。また、入浴剤を使いさまざまなお湯を楽しんでいただいている。今年度より、浴室にBGMを流している。女性用トイレは芳香剤で香り付けをしたり、手洗い場に花を飾るなどリラックスできるよう配慮している。		

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。
<p>(評価コメント)健康管理に関するマニュアルを整備し、看護職員が中心となってマニュアルの見直しを行っている。また、口腔機能の向上についても外部の研修に参加し理解を深めている。利用者が来所されてすぐに看護職員が体温・血圧・脈拍などを測定し、状況により入浴を清拭や足浴へ変更、または中止にするなどの対応をしている。対応が難しい場合は家族や主治医と連絡をとり、指示を仰いでいる。食前に嚥下体操・肢体の運動を行い、口腔機能の向上や食欲の増進に繋げている。食後は希望者に対して歯磨き・うがいなどの支援を行っている。今年度、看護職員の配置を増やし、これまで以上に記録業務がきめ細かく行えるようになっていく。事業所内にAEDを設置し、職員は定期的に訓練を受けている。</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)機能訓練が必要な利用者には個別機能訓練計画書を作成している。計画は事前に利用者・家族に説明し、同意を得たうえで実施している。また、3ヶ月ごとに評価し必要に応じて見直している。利用者一人ひとりに合った歩行訓練やマシントレーニングなどの機能訓練を提供している。歩行訓練は希望者が多く、順番に廊下で訓練を行っている。また、歩行可能な利用者はフロアに設置された平行棒で踏み台を使った昇降運動なども行っている。訓練中は看護職員などがマンツーマンで対応し、利用者は会話を楽しみながら訓練に取り組まれている。今年度、看護職員を1名増員し、機能訓練の充実を図っている。自分のことは自分でしたいとの要望が多く、残存機能を十分活用できるプログラムや活動を取り入れている。</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)心身の機能訓練につながるよう目的をもって年間行事計画・月間計画を作成し、計画に沿ってレクリエーション活動を行っている。今年度は行事を少し減らし、「ふれあい活動」に力を入れている。これは常勤職員がそれぞれ年に1回企画・実行するもので、各々の職員の得意分野を活かした様々な内容となっている。少人数活動にも力を入れており、カラオケ、手芸・麻雀などの趣味活動がある。誕生会もその都度行っている。夏祭り・敬老会では、利用者と職員が共同で制作した作品を展示し、家族を招いて実施している。また、郊外遊歩として菖蒲園、近隣マンション屋上展望台へ出かけており、利用者の楽しみとなって生活を活性化させている。活動中は職員が常に目を配り、必要に応じてベッドやソファでの静養を勧めている。トイレや共用スペースにはアルコール消毒液や雑巾を設置し、汚れた場合にすぐに清掃が行えるようにしている。今年度は、エアコンの交換工事を行ったほか、訪問調査時にはフロアの壁紙の張り替えを進めていた。</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)送迎に関するマニュアルを整備している。利用前の面接において送迎の時間や希望を聞き取り、利用者の意向に沿った送迎ができるよう努めている。送迎担当の職員は利用者の心身の変化や送迎時間の変更、送迎方法などの見直しを行っている。決定した事項は毎月センター会議で報告し、必要に応じて再度検討して職員全員に文書で報告している。車両事故・ヒヤリハット・事故などがあつた場合には報告書を作成し、その日のうちに事例の検討を行っている。さらに法人内で情報を共有し再発予防に務めている。利用者の状況に合わせた滞在時間に対応できるよう、定期的に基本ルートの見直しを行っている。利用者の急な都合や急変時にも対応し、安全な送迎を心掛けている。帰宅の時間帯に利用者の人数が減ってきた際には、安全面や静かになり過ぎないように配慮し、2つのグループの利用者に同じ部屋で過ごしていただいている。</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)認知症ケアに関するマニュアルを整備している。日々のミーティングで挙げた内容を検討し、必要に応じて見直しをしている。ケアの質の向上を図るため、年間研修計画を立てている。法人内に介護教育指導室を設置し、マニュアルに基づき研修を開催している。また、法人内の認知症対応型サービスを提供している事業所同士の合同研修・事業所内の定期的な勉強会では、認知症への理解を深めたり介護について勉強している。研修は最新の情報を取り入れた内容となっており、研修に参加できなかった職員にも内容を伝えるなど、周知を徹底している。利用者は年々重度化しているため、ベッドの整備や安全面の整備を進めている。また昼の間は椅子に慣れていない利用者や横になる場所となっている。南向きのベランダには庭があり、夏には節電対策も兼ねて利用者と一緒に朝顔を育てている。</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)利用開始時に利用者全員に連絡手帳と収納袋を配布している。自宅での様子やデイサービスでの利用状況を記録して、意見交換できる仕組みとなっている。状況報告は生活相談員より利用者・家族に電話連絡するほか、送迎時には連絡手帳、行事案内などのチラシを収納袋に入れ、直接家族に手渡している。郊外遊歩では家族に車椅子を押していただくなどしており、普段家族で外出することが難しい利用者・家族に喜ばれている。夏祭りや敬老会行事にも多くの家族が出席され楽しまれている。また、年2回、事業所の活動内容を写真で紹介した「南八TIMES」を発行している。</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)感染症・食中毒の発生の予防、防止に関するマニュアルを整備している。看護職員が中心となって地域の専門部会の研修会に参加し、定期的に職員研修会を開催して感染症・食中毒防止対策に対応する知識・技術向上を重ねている。職員の健康管理として出勤時に健康チェックシートに記入し、その日の健康状態を確認している。利用者などの来所時には手指消毒を徹底している。また食事前にも手指消毒を行い感染予防に努めている。入浴業務終了後は消毒液で用具を洗浄し、乾燥させている。</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。 ■事件事例、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)事故・再発防止に関するマニュアルを整備している。毎年、リスクマネジメント・危険予知研修を実施し、事故・再発防止に取り組んでいる。事故・ヒヤリハットが発生した場合は、その日のうちに原因を究明して迅速に対応策を講じている。対応策がすぐに実行できるよう報告書にまとめて掲示し、申し送りの際に職員全員に口頭で説明している。報告書には図説があり、状況がより詳しくわかるように工夫されている。法人で行う通所部門研修にも参加し、担当職員による勉強会を開催している。また、介護ソフトの導入により当事業所の事故だけでなく法人の他事業所とも情報の共有が適宜できるようになっている。</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)非常災害時などの危機管理に関するマニュアルを整備し、毎年10月に見直している。東日本大震災後、法人で防災対策委員会を発足した。委員が中心となりマニュアルを作成し職員全員に配布している。また、事業所でも周辺環境などを考慮し、独自のマニュアルを作成し、事故予防、事故対応について定めている。震災時の対応を再検討した結果、交通状況や災害の規模を鑑みて、無理に帰宅させず事業所に待機する場合もあることを確認した。サービスを提供している各部屋は、出入り口のほか非常口を確保している。年2回の避難訓練では、この非常口を開放し避難経路を確認している。事業所は平屋建てのため、毎回スムーズに訓練が行われている。</p>		