

## 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    | 特定非営利活動法人VAICコミュニティケア研究所  |
| 所在地    | 千葉県千葉市稲毛区園生町1107-7        |
| 評価実施期間 | 令和 元年 5月 1日～令和 元年 10月 16日 |

### 2 受審事業者情報

#### (1) 基本情報

|               |   |       |              |
|---------------|---|-------|--------------|
| 名 称<br>(フリガナ) | デイサービスセンター多古新町ハウス<br>デイサービスセンタータコシンマチハウス                                    |       |              |
| 所在地           | 〒289-2241<br>千葉県香取郡多古町多古2686番1  |       |              |
| 交通手段          | 成田空港駅まで(電車)→多古町役場下車(シャトルバス)   |       |              |
| 電 話           | 0479-70-6161  | FAX   | 0479-70-6262 |
| ホームページ        | <a href="https://www.makinomikai.or.jp/">https://www.makinomikai.or.jp/</a> |       |              |
| 経営法人          | 社会福祉法人槇の実会  |       |              |
| 開設年月日         | 2019年4月1日   |       |              |
| 介護保険事業所番号     | 1275100186  | 指定年月日 | 2019年4月1日    |
| 併設しているサービス    | 放課後等デイサービス<br>居宅介護支援(介護保険法)   |       |              |

#### (2) サービス内容

|         |                                  |            |        |
|---------|----------------------------------|------------|--------|
| 対象地域    | 多古町、匝瑳市、横芝光町、芝山町、富里市、成田市、香取市     |            |        |
| 定 員     | 20名                              |            |        |
| 協力提携病院  | 石橋内科                             |            |        |
| 送迎体制    | あり                               |            |        |
| 敷地面積    | 1635.97㎡                         | 建物面積(延床面積) | 421.7㎡ |
| 利 用 日   | 年中無休                             |            |        |
| 利用時間    | 9:30 - 16:30                     |            |        |
| 休 日     | 無し                               |            |        |
| 健康管理    | 利用日におけるバイタルチェック、看護師による観察         |            |        |
| 利用料金    | 報酬額、食事代(600円)、おやつ代(50円)          |            |        |
| 食事等の工夫  | 状況に応じて、職員が調理対応等をしながら一品追加したりしている。 |            |        |
| 入浴施設・体制 | あり(個浴3つ、寝台浴1つ)                   |            |        |
| 機能訓練    | 無し                               |            |        |
| 地域との交流  | あり(地域交流会等の実施、無料学習スペースの設置)        |            |        |

(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 |
|--------------|---------|---------|---------|-----|
|              |         | 5       | 10      | 15  |
| 職種別従業者数      | 生活相談員   | 看護職員    | 介護職員    |     |
|              | 2（1名兼務） | 2       | 8       |     |
|              | 機能訓練指導員 | 事務員     | その他従業者  |     |
|              | 1（兼務）   | 0       | 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 |     |
|              | 1       |         | 1       |     |
|              | 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   | 電話および窓口による受付 |    |
| 申請窓口開設時間 | 8:30 - 17:30 |    |
| 申請時注意事項  | 特になし         |    |
| 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>私たちは、社会福祉法人榎の実会の基本理念（一日一笑！毎日賑やか！）に基づいて、支援を行います。笑いは健康と心の安定をもたらします。本会は利用者の人としての尊厳を守り、あらゆる虐待を排除をし、一日一回以上笑い、毎日賑やかに過ごすことにより、利用者も支援者も毎日が健康で安らぎのある充実した暮らしをもたらします。</p> |
| 特 徴         | <p>放課後等デイサービスと寺子屋（無料学習スペース）を併設しているところが特徴です。高齢者だけでなく、障害者も子どもも地域住民も気軽に交流ができる場所となっています。</p>  |
| 利用（希望）者へのPR | <p>多古新町ハウスは、3世代交流型の施設です。高齢者だけでなく、成人も子どもも多様な世代が交流することで、各世代の役割を創出することを目指します。また、閉鎖的ではない開放的な施設として、地域住民の方がいつでも利用できる場所にもなっています。</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   |
| 地域に密着した多世代交流型で、誰もが安心してサービスを利用できるように取り組んでいる   |
| 高齢者だけでなく、子ども、学生、成人等、幅広い世代が集う地域に密着した多様なサービスを提供している。今年度より新たな法人運営となり多古町を中心とした地域福祉拠点としての役割が強化されている。以前より利用している利用者が安心してサービスを利用できるように職員も変わらず、基本サービスの継続等を実施している。   |
| 利用者個別の要望に応じて入浴サービスを提供している  |
| 入浴を希望する利用者は8割と多いが、入浴時間は利用者の希望や状況に応じて、15時30分ぐらいまで対応している。湯温は利用者の好みに応じて調整しており、利用者のヒアリングでも「いい湯加減」「希望の時間に入れている」などの声が聞かれている。個別の介助方法は通所介護計画に記載し、職員間で共有しながら入浴支援を行っている。   |
| 通所介護計画は提供するサービス内容を具体的に記載しサービスの質の確保につなげている  |
| 利用者の心身の状況、生活歴などをアセスメントし、利用者、家族の要望などからニーズ、課題を抽出して通所介護計画を作成している。計画には移動、入浴、排泄など個別のニーズに対する具体的な支援方法が記載されており、手順書としても活用している。介護計画はデイフロアにもファイリングしており、職員は必要に応じて確認しながら支援にあたっている。  |
| さらに取り組みが望まれるところ  |
| 想定されるリスクに対する利用者の安全確保に向けた取り組みが望まれる  |
| 法人では緊急時における対応マニュアルが整備されているが、多古新町ハウスで想定されるリスクへの対応については不十分となっている。緊急時の避難訓練、送迎時における対応などのマニュアルの整備が望まれる。併せて共生型事業所として障害の特性についての知識と理解なども求められており、優先順位をつけてできることから取り組んでいくことが望まれる。また、事業所は地域住民が気軽に訪問し、交流できる「地域交流拠点」としての役割を果たしている。今後は、利用者の安全に配慮した不審者対策の訓練や対応マニュアルの整備が望まれる。 |
| 利用者が楽しんで参加できるような日中活動への取り組みに期待したい   |
| 日中活動としては、体操や脳トレ、歌などのほか、利用者個別に塗り絵などを提供している。利用者同士の会話や定期的に訪問するボランティアとの会話を楽しみにしている利用者もいる。今後は、会話に参加できない利用者やADLの低下などにも配慮した日中活動プログラムの工夫に期待したい。  |
| 計画的OJTによる職員の成長と法人の取り組みの理解の促進が求められる   |
| 理念、方針、行動規範等が記載されている職員ハンドブック・事業計画の読み合わせなどを行い法人が整備している仕組みを理解し、機能させる具体的な取り組みが求められる。また、支援と業務をしながら計画的に個別の人材育成を図る意図的OJTを実施し、支援の質の向上をより一層図ることが期待される。  |

|   |
|---|
| (評価を受けて、受審事業者の取り組み)<br>マニュアルの整備は前法人のときから整っていない。標準化は今後の課題である。ヒヤリハットからの対応も示せるようになってきているが、行動に移すことができないのが現状である。指摘にあった通り、法人内マニュアルの周知が必要である。また、日中活動も余暇支援として提供しているが、日課は現場の職員まかせになっている傾向がある。<br>新任職員に対しての指導のポイント等も不明確のため整備が必要と感じている。新規事業であったため不備な点が多々あるが、今回の評価をもとにしてより良い事業所にしていく。 |
|---|

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。                              | 2   | 1     |   |
|                                       |                  |   | 3 理念や基本方針が利用者等に周知されている。                               | 2   | 1     |   |
|                                       |                  | 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。  | 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。                           | 1     | 2 |
|                                       |                  | 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。  | 3     | 2 |
|                                       |                  | 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     | 0 |
|                                       |                  |   |   | 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 |
|                                       |                  |   | 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     | 0 |
|                                       |                  |   | 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。                                 | 2     | 3 |
| 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                                   | 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。                                     | 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。                          | 3     | 1 |
|                                       |                  | 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。  | 2     | 1 |
|                                       |                  | 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。   | 3     | 1 |
|                                       |                  |   |   | 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。  | 3     | 2 |
|                                       |                  |   |   | 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。                          | 2     | 2 |
|                                       |                  |   |   | 21 食事の質の向上に取り組んでいる。   | 2     | 2 |
|                                       |                  | 5 実施サービスの質                                    | 項目別実施サービスの質   | 22 入浴、排泄介助の質確保に取り組んでいる。   | 2     | 2 |
|                                       |                  |   |   | 23 健康管理を適切に行っている。   | 2     | 2 |
|                                       |                  |   |   | 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。                                   | 2     | 2 |
| 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。  | 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。           | 2                |   |   | 1   |       |   |
| 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。      | 1                |   |   | 2   |       |   |
| 28 利用者家族との交流・連携を図っている。                | 2                |   |   | 1   |       |   |
| 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。 | 1                |   |   | 3   |       |   |
| 6 安全管理                                | 利用者の安全確保         | 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。        | 2   | 1   |       |   |
|                                       |                  | 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。 | 1   | 4   |       |   |
|                                       |                  | 計   | 79  | 39  |       |   |

## 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) 理念及び基本方針は事業計画、職員ハンドブック等に明文化され、法人が目指す方向性や具体的事業展開を明確化している。社会福祉法人榎の実会は「知的障害者の権利宣言(1971.12.20第26回国連総会決議)」を尊重している。特に利用者の権利擁護を徹底し、いかなる差別も虐待も許さず、利用者のライフステージに合わせた福祉サービスが提供できるように事業を運営している。</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) 今年度より当法人が運営することになり、理念や基本方針等が全職員に周知徹底するまでには至っていない部分が見受けられた。事業計画や理念、基本方針、行動規範等が記載されている「職員ハンドブック」が全職員に配布されている。今後は各種会議や研修等で話し合い、実行面において振り返り、理解を深めていくことが求められる。</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) 法人移行が決まってから、理念、方針、事業運営について利用者及び家族等には丁寧に分かり易く説明し理解してもらっている。しかしながら、日も浅く、理念、方針の実践面を十分に周知するまでには至っていない状況もあると思われる。</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) 法人本部が、地域動向、利用者ニーズ、環境変化等を把握し中長期計画を作成している。また、これからの10年を見据え、長期計画「榎の実プロジェクト10」をスタートしている。事業所として、中長期計画に基づき、事業環境分析、重要課題を抽出等、不十分な点が見受けられた。法人としては、2020年までに成果を得る重点課題として、①サービスの質の向上、②地域における公益的な取り組みの増進、③信頼と協力を得るための情報発信、④人材の確保に向けた取り組み強化、⑤組織統治(ガバナンス)の確立を掲げている。</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) 重要課題や方針の決定は、幹部職員と話し合い職員参加型で意思決定する仕組みがある。緊急時対応や緊急課題については、幹部職員及び現場職員で話し合い、決定過程が明確で意思疎通が図られている。今年度より法人が変わったので、幹部職員と職員は常に話し合いながら着実な事業運営に努めている。</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、利用者本位の徹底、地域密着の取り組み、安全と安心できる支援などについて職員と話し合い、意思疎通を図りながら積極的に取り組んでいる。また、支援の質の向上や職員の働き甲斐等を意識した取り組みに指導力を発揮している。職員個別の特性、経験、状況に合わせた関わりにより、さらに職員の働き甲斐につなげることが期待される。</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) 事業計画、職員ハンドブック等に倫理綱領や行動規範を記載し、会議や研修等で周知している。日常的には、職員一人ひとりが行動規範や支援基本方針に則った「行動や支援」を実施できているかを振り返ることができるようにしている。  |  |  |
| 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。                               | <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) 事業計画の年度運営方針に人事面での方向性を示し、職務権限規程により職員の役割と権限を明文化している。人事考課制度の定着とキャリアパスおよび目標管理のリンクを目指している。職員評価は客観的基準等の仕組みは構築されている。今後は職員一人ひとりが人事制度等の仕組みの理解し、着実に実施できるように取り組むことが望まれる。  |  |  |
| 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、人材や人員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) 法人本部が職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータの確認し、安全で快適な職場環境づくりやメンタルヘルス等の取り組みを行っており、希望に応じて産業医との個別面談、ストレスチェック後の対応などにも行っている。人事考課制度の定期的個別面談の実施など、職員の意見が反映できる仕組みを構築している。福利厚生には法人として積極的に取り組んでおり、法人内保育所を設置し子育て中の職員も働きやすい環境を構築している。育児休暇、リフレッシュ休暇、誕生月の特別休暇なども設け、施設交流バレーボール大会、野球大会、陸上大会、ゴルフ大会などへの助成も行っている。   |  |  |
| 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) 事業計画に職員の資質向上を掲げ、基本姿勢としては、①トータルな人材マネジメントの推進、②人材の確保に向けた取り組み強化、③人材の育成に取り組んでいる。就業規則に記載されているキャリアアップ制度では、職種別期待能力基準を明文化している。内部研修や外部研修等を計画し、職員一人ひとりに合った必要な研修を実施しており、内部研修では階層別に研修を実施しスキルアップを図っている。目標チャレンジシート等による目標管理によって、個性の高い人材育成を図っているが、職員一人ひとりに浸透していない状況もあると思われる。支援現場における計画的OJTの推進、職務職責に応じた人材育成のための個別人材育成計画及び教育システムづくりが望まれる。 |  |  |
| 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) 毎月、危機管理委員会、虐待防止委員会、身体拘束ゼロ委員会等を開催し、利用者の権利擁護に努め、毎月の全体会議や内部研修で職員の理解を促している。日常における利用者本位の実践、振り返りシートの活用、ヒヤリハット分析などの仕組みはあるが、事業所として仕組みを十分に活用できていない部分が見受けられた。今後は多様な仕組みを機能させるための具体的な取り組みが求められる。   |  |  |
| 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) 個人情報保護については、事業計画やホームページに掲載し、基本事項として関係者等にも周知徹底している。毎年の契約時において個人情報保護の説明を利用者及び保護者に行い、同意書を交わしている。職員には会議、内部研修等で周知し、実習生やボランティア等にも個人情報保護についての説明を行い周知している。   |  |  |

|  |   |  |
|--|---|--|
| 13   | 利用者満足の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) 第三者評価の利用者アンケートによって利用者満足度及び課題を把握し改善していく予定である。利用者からの苦情、意向、要望は日常的に話しやすい雰囲気をつくることで把握できるように努めている。  |   |  |
| 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) 法人は福祉サービス苦情解決システムを確立しており、相談・苦情等対応の担当者や、第三者委員も設置している。法人のパンフレットには、苦情解決について市の担当窓口や千葉県運営適正化委員会も明記している。また、職員ハンドブックに苦情解決制度について記載し、職員にも知らせている。   |   |  |
| 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><input type="checkbox"/>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) 定例ミーティングでサービス内容を見直しやモニタリング等による改善を図っている。しかしながら改善計画を立て、実行しているというところまでは記録がなく、確認できない状況である。  |   |  |
| 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><input type="checkbox"/>マニュアル見直しを定期的実施している。</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) 利用者の受け入れと送り出し、食事の準備、毎日の朝礼など基本的な業務の手順が整備されている。マニュアルはデイフロアに置いてあり職員はいつでも確認できるようになっている。新人職員にはマニュアルを確認してもらい、先輩職員と一緒に動きながら覚えてもらっている。毎月開催するミーティングでは業務内容について職員間で意見交換を行っており、見直しに反映させたいとしている。今後は、利用者の日中の過ごし方について枠組みとなるものを整備し、充実した日中活動に繋げていきたいとしている。                                       |   |  |
| 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><input type="checkbox"/>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) サービスの利用にあたっては、契約書、重要事項説明書を読み上げながら、時間をかけて丁寧に説明している。利用料金については別紙に用意し、利用者個別に概算を伝えている。サービス内容などについては利用開始後も質問などがあれば、その都度説明している。利用者アンケートでは「サービス内容や利用方法など十分な説明があったか」に対して、94%が「はい」と答えている。利用の希望は居宅介護支援事業所や地域包括支援センターなどからの紹介が多いが、事業所のパンフレットが未整備であり、今後はサービス内容などについて分かりやすく記載したパンフレットの作成が望まれる。 |   |  |
| 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><input type="checkbox"/>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) 居宅介護計画を基に、利用者の心身の状況、生活歴などをアセスメントし、利用者及び家族の意向などを踏まえ通所介護計画を作成している。介護計画には移動、排泄、入浴など個別のニーズと具体的なサービス提供内容が明示されており、手順書としても活用している。計画はデイフロアにもファイリングしており、職員がいつでも確認できるようになっている。利用者、家族の意向は契約時に聞き取ったり、送迎時には必ず声かけするなど、日常的に話しやすい関係作りに努めている。  |   |  |
| 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><input type="checkbox"/>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><input type="checkbox"/>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) 計画の見直しについては居宅介護計画に即して、短期、長期目標の期間を明示している。毎月開かれるミーティングでは、主に課題のある利用者の支援内容について職員間で話し合っている。担当のケアマネジャーには毎月利用者の実績を報告しており、利用者の状況や変化などについては随時連絡を取り合い、サービス内容の見直しなど連携して支援にあたっている。今後は利用者全員の通所介護計画について、半年に1回評価していきたいとしている。   |   |  |

|   |   |  |
|---|---|--|
| 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"> <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)利用者の様子、バイタル、服薬、口腔ケアなどの情報は日々の記録に記載している。事業所全体で行う朝礼の内容については、口頭や業務日誌に記載して職員に伝えている。職員間では申し送りノートを活用して情報を共有しており、出勤時に確認している。申し送りノートには利用者の状況のほかに、支援内容の変更や職員の気づきなども記載しており、随時利用者の情報が伝達される環境がある。  |   |  |
| 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)食事はご飯と味噌汁は職員が作り、料理は外部の業者から仕入れて利用者に提供している。食事は利用者の状態に応じて刻み、粥など摂取しやすい形態で提供している。職員が持参したジャガイモを使って利用者と一緒に肉じゃがを作ったり、近隣の住民から届けられたスイカをおやつに食べるなど、食事を楽しむ工夫をしている。食事前にはボードに書いた献立を読み上げ、配膳時にも食事内容を伝えるなど食事への関心につながるよう配慮している。利用者の嗜好については、契約時などにも聞き取っているが、今後は職員の検食や法人内での食事作りを実施するなど、食事の質の向上に取り組んでいきたいとしている。 |   |  |
| 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、排泄については通所介護計画に個別の介助方法を記載して支援にあたっている。介護計画には着脱、洗身、後始末など必要な介助について具体的に記載し、個別の手順書としても活用している。入浴は個浴で湯温なども好みに応じて対応しており、時間帯も可能な限り利用者の希望に沿うようにしている。利用者ヒアリングでも「いい湯加減。」「希望の時間に入れている。」などの声が聞かれている。また、排泄介助では、家族の希望や利用者の状況に応じて、在宅生活継続につながる支援を行っている。   |   |  |
| 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)利用者の健康状態については、到着時のバイタルチェック、利用時の様子、送迎時に家族から得た情報などから把握するようにしている。服薬については到着時に薬を預かり、食後に看護師が服薬の介助を行っている。利用者が服用している薬については説明書のコピーをケースファイルに綴じて、必要に応じて確認している。利用者が急変した場合は看護師が中心となり、家族や契約時に確認した緊急連絡先等と連携しながら対応している。   |   |  |
| 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)利用者はタオルを用いた体操や、テレビ体操などで体を動かしたり、脳トレを意識したゲームや歌などの活動を行っている。タオル体操は看護師が考案したもので、無理なく体を動かせる内容となっている。デイサービス利用時は車いすから椅子に移乗してもらったり、立ち上がりの機会を多くもらうなど、生活機能向上に活かせるように配慮している。希望があれば職員と一緒にフロアで歩行練習をするなど、個別に応じた支援を実施している。   |   |  |
| 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)利用者は体操やゲーム、歌などのほかに、塗り絵や気のあった人同士での会話など自由な時間を過ごしている。隣接する地域交流スペースに遊びに行ったり、近隣の学校から花を販売にくる高校生との触れ合いなど地域との交流の機会も多く、利用者の楽しみとなっている。デイフロアのテーブルから少し離れた所にある、畳敷きで掘りコタツのスペースは落ち着ける環境となっており、利用者の希望や状況に応じて利用している。今後は利用者の趣味や興味のあることなどを取り入れながら、日中の活動を充実していきたいとしている。  |   |  |

|  |  |   |
|--|--|---|
| 26   | 安全で負担の少ない送迎となるように工夫している。                   | <input type="checkbox"/> 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 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)送迎は4~5台の車で対応しているため、帰宅時は待つ時間なく乗車することができている。送迎時間は利用者や家族の要望に応じて時間を調整しており、利用者の希望で早めに帰宅したり、遅めに送るなど柔軟に対応している。送迎時の介助方法については介護計画に記載しているが、送迎のドライバーにも周知して安全な送迎に努めている。  |  |   |
| 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。              | <input type="checkbox"/> 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。<br><input type="checkbox"/> 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 「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)認知症の利用者に対する支援方法は介護計画に記載して、職員間で共有するようにしている。騒がしい所にいると不穏になる利用者の場合は、静かな場所に誘導するなど落ち着いて過ごしてもらえるように対応している。今後は認知症利用者の個別のケアに対する具体的なサービス内容を介護計画に盛り込むとともに、ミーティングを通して認知症の基礎知識などについての研修も実施していきたいとしており、取り組みが期待される。                                 |  |   |
| 28   | 利用者家族との交流・連携を図っている。                        | <input checked="" type="checkbox"/> 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 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。<br><input type="checkbox"/> 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)家族とは連絡帳や送迎時などに利用者の状況について情報を共有している。連絡帳には利用時の様子や食事の摂取量、おやつの内容などを記載している。家族からコメントがあった場合は、電話や送迎時などに必ずフィードバックしており、送迎時には必ず家族に声かけすることで、話しやすい関係づくりに努めている。4月には地域住民や利用者が参加する地域交流会を開いたが、利用者家族への呼びかけが十分にはできなかった。今後は家族にも積極的に働きかけ、交流を図っていくとよいと思われる。 |  |   |
| 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。         | <input checked="" type="checkbox"/> 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。<br><input type="checkbox"/> 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。<br><input type="checkbox"/> 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。<br><input type="checkbox"/> 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)法人で作成したマニュアルがあり、感染症対策の基礎知識、日常業務における予防策などが記載されている。利用者には到着時に手洗い、うがいを励行して感染症予防に努めている。しかしながらデイサービス独自の感染症マニュアルは未整備であり、今後は手洗いや日常業務における基本的なマニュアルの作成を検討している。食事は外部の業者から仕入れているが、ご飯と味噌汁は職員が作っているため、食品管理などの基本的なマニュアルも整備することが期待される。               |  |   |
| 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。        | <input checked="" type="checkbox"/> 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 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。<br><input type="checkbox"/> 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)事故発生についての対応マニュアルを整備しており、ヒヤリハット・事故報告については朝礼で内容を話しあっている。朝礼に参加しない職員には口頭で伝えるほか、業務日誌に記載して周知している。月1回以上開催する法人の危機管理委員会では、原因の分析と対応策について検証しており、検証した内容は議事録を回覧して職員に周知している。今後はヒヤリハット、事故事例から再発防止に向け研修を実施していきたいとしており、実現が待たれる。                       |  |   |
| 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。 | <input checked="" type="checkbox"/> 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。<br><input type="checkbox"/> 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。<br><input type="checkbox"/> 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。<br><input type="checkbox"/> 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。<br><input type="checkbox"/> 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)火災、地震などの自然災害時における通報、避難誘導などについては法人のマニュアルが整備されている。4月から新体制になったことから避難訓練が未実施である。避難場所としてはデイフロアに面している中庭を想定しており、庭には新たに門を整備して、緊急時に迅速に避難できるように取り組んでいる。今後は多古新町ハウスで想定されるリスクに対して、利用者の安全確保に向けた対応マニュアルの整備が望まれる。                                     |  |   |