

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 ACOBA
所 在 地	我孫子市本町3-4-17
評価実施期間	2023年4月10日～2023年6月30日

2 受審事業者情報 (事業所記入)

(1) 基本情報

名 称 (フリガナ)	習志野市立東部デイサービスセンター ナラシノシリットアップデイサービスセンター		
所 在 地	〒275-0004 習志野市屋敷4-6-6東部保健福祉センター内		
交通手段	京成大久保駅からコミュニティバスで10分 JR幕張本郷駅から屋敷経由津田沼行15分		
電 話	047-493-8021	FAX	047-493-8021
ホームページ	www.reikouen.or.jp		
経 営 法 人	社会福祉法人 豊立会		
開設年月日	平成6年4月1日		
介護保険事業所番号	1272100130	指定年月日	令和2年1月1日
併設しているサービス	(介護保険) 居宅介護 訪問入浴 地域包括支援センター 総合支援) 地域活動支援センターⅡ型 指定特定相談支援 一般相談支援 基幹相談支援 (老人福祉) 高齢者福祉センター		

(2) サービス内容

対象地域	習志野市全域 近隣地域		
定 員	40名		
協力提携病院	古川医院		
送迎体制	軽自動車 2台 ワンボックス1台 リフト車 4台		
敷地面積	456,845㎡	建物面積(延床面積)	2,982,866㎡
利 用 日	月曜日から日曜日		
利用時間	8時30分から17時30分		
休 日	無休		
健康管理	月曜日から金曜日 看護職員3名体制 土・日曜日2名体制		
利用料金	介護保険料1割、2割負担 食事代700円		
食事等の工夫	月1回ふるさと献立 月1週間おなかすっきり(食物繊維の多い食事)		
入浴施設・体制	リフト浴 特浴 一般浴と障がい状況に合わせて入浴		
機能訓練	個別機能訓練体制加算Ⅰ 日々機能訓練指導員在籍		
地域との交流	3階高齢者福祉センターサークル、近隣幼稚園との交流		

(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
		12	35	42
職種別従業者数	生活相談員	看護職員	介護職員	
	5	8	18	
	機能訓練指導員	事務員	その他従業者	
	8	4	4	
介護職員が有している資格	介護福祉士	初任者研修	社会福祉士	
	12	3	4	
	社会福祉主事任用	介護支援専門員		
	2	1		

(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（ケアマネジャー）から依頼		
申請窓口開設時間	8時30分から17時30分		
申請時注意事項	介護認定受けていること		
苦情対応	窓口設置	苦情会解決責任者 武石 厚司 苦情解決窓口 桑原 明美	
	第三者委員の設置	柴田 史香	

3 事業者から利用（希望）者の皆様へ

サービス方針	ご利用者一人一人が在宅生活の継続を維持し、住み慣れた地域で自分らしく生活を送れる様に支援します。 また、認知症ケアの向上、虐待防止、感染症対策を意識して、ご利用者が安心して過ごせる施設づくりを目指します。
特 徴	お迎え、送りについても個々の事情伺い、ご希望に合った送迎時間 身体状況に応じた入浴方法の選択 個々の身体状況に応じた機能訓練が受けられます。 月1回ふるさと献立、日本全国の郷土料理 おなかすっきり週間、繊維質の多いメニュー
利用（希望）者へのPR	朝夕の送迎時間について、ご希望に応じて対応できます。 体力や不安がある方に対して、短時間からの利用で慣れて徐々に時間を増やしていただくことも可能です。 個々の身体状況とご希望に応じた機能訓練メニューを作成して心身機能向上を目指します。 活動は、IT化を図り、YouTubeを取り入れた活動、カラオケシステムを用いて心身機能向上を目指した活動を新たに導入しました。 身体機能に応じた安心、安全な入浴を提供できるため福祉機器を用いての入浴が出来ます。

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. 地域共生社会を先導するような役割を果たす在宅福祉サービス
<p>東部デイサービスセンターは全国でも数少ない習志野市の公設民営の市立デイサービスセンターで、習志野市の東部保健センター内にある。この保健センター内には地域包括支援センターや障がい者相談支援センター、高齢者福祉センター等が置かれて社会福祉法人豊立会が受託して相互に連携し合っている。保健センターにはこの地域の健康な高齢者、介護を必要とする高齢者、障がい者が集まって来ている。デイサービスセンターでは健康な高齢者をボランティアとして協力をお願いし、障がい者も利用者として受け入れ、さらには障害者や地域の人を雇用するなどこの地域での共生社会を先導するような役割を果たす施設であるといえよう。</p>
2. 利用者本位のデイサービス
<p>当デイサービスは365日サービスを提供している。当事業所を見学したい希望者には送迎付きで対応している。デイサービスの送迎時間は利用者の希望を伺い、乗車時間も30分以内を目安にしている。サービスに慣れない方や短時間を希望される方にもこまめに対応している。医療的ケアの必要のある重度(胃婁・気管切開等)利用者も引き受けて看護師がケアしている。利用者誰もが安心して通所できる利用者本位をモットーとしたデイサービスといえる。</p>
3. 所長自らが実践する機能訓練サービス
<p>当法人の所長は理学療法士であり、自ら利用者の機能訓練を担当している。利用者は生活リハビリを中心に活動しているが、特にリハビリを希望される方には自宅生活の中での応用ができるような機能訓練を実施し、疼痛緩和や拘縮した筋肉を緩める施術には利用者から高い評価を得ている。利用者の重度化防止を目指した実践といえる。</p>
4. 非常災害時への連携体制の構築
<p>当デイサービスは災害時には福祉避難所として市役所と協定を結んでいる。帰宅困難者や地域住民用の備蓄も用意されている。利用者が自宅の被災や道路の寸断などで帰宅できない時には事業所内で過ごしてもらうよう準備している。避難訓練はシルバー人材センターと共に災害時に備え、地域住民や自治会との協力体制もできている。災害時、地域の安全を確保する要として重要な拠点となっている。</p>
5. 利用者のニーズに合わせた食事の提供
<p>利用者にとってデイサービスの食事は最大の楽しみとなっている。利用者アンケートや聞き取りからも「いつも美味しいです」と話されていた。しっかりした味付けは濃い出し汁で塩分は少なく工夫され、利用者の咀嚼状態に合わせて調理されている。月1回の全国の名物を取り入れたふるさと献立、さらに腸内環境の改善を目指したおなかスッキリ週間を設定して利用者に喜ばれている。</p>

さらに取り組みが望まれるところ

1. 業務の見直しの検討

介護サービスは所長を中心に職員が協力して、利用者本位で進められている。所長は全体の施設の運営とデイサービスの運営を兼務している。具体的な業務を実施するうえでのマニュアルや書類や記録の整備不足が一部見受けられることが気になる。サービスの質の向上のためにITの導入で改善されてきているが、人材確保が困難であるからこそ、組織を含めた業務の見直しやマニュアルの作成など仕事が標準化できるようにすることが課題と考えられる。

2. 職員のキャリアアップを目指す人事制度の整備

利用者に質の高いサービスを提供し続けることは重要なことであり、職員のキャリアアップが必須といえる。現在、多くの研修がおこなわれているが、キャリアアップ計画やそれに基づく研修計画、さらには人事方針や人事考課などの人事制度の整備が人材確保の面からも事業所として検討されることに期待したい。

3. 職員会議の定期的な開催

コロナ禍でデイサービスの職員全体会議が開催されてこなかった。申し送りや連絡は主に日誌や特記事項で行われているが、全体として介護内容の詳細な確認や職員間の相互のコミュニケーションの為に定期的な職員会議の開催が望まれる。

4. 家族がデイサービスの利用者の様子を見学できる機会の提供を

コロナ禍で行事や懇談会が中止されている中、利用者・家族アンケートからデイサービスの利用者の様子を見たいという希望が複数出ている。今後参観や懇談会等、デイサービスでの利用者の様子の実際が見られるような機会を再開し、家庭での家族介護に反映させていただく機会を作り、家族介護者への負担軽減を図っていただきたい。

(評価を受けて、受審事業者の取り組み)

事業の外部評価は、自分達の思い込みでやっていることが多く、本当の利用者の意見や事業所の捉え方(職員でも生活相談員、介護職員との)にも意見の違いもあることもわかり、このような第三者評価の機会により、自分たちの仕事の見直しや良い所、悪い所、改めて現状の書類等の確認・見直しも出来て、大変良かったです。

介護保険法による通所介護事業は、特に他の事業所と比較され競争が激化していることから外部の評価を受けて現状のいい所は伸ばし、現状の修正箇所(出来る場所は)は迅速に修正して、ご利用いただいた方に満足いただけるように運営をして参ります。なお 事業所としては3年ごとをめどに第三者評価を受審する予定です。

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。
		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。	3			1
		9 職員の就業への配慮	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	10 職員の質の向上への体制整備	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。	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	利用者尊重の明示	11 事業所の全職員を対象とした権利擁護に関する研修を行い、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している。	6	
				12 個人情報保護に関する規定を公表し徹底を図っている。	4	
			利用者満足度の向上	13 利用者満足度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 個別支援計画について、内容が常に適切であるかの評価・計画の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。	2			1		
6 安全管理	利用者の安全確保	29 感染症発生時の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	3	1		
		30 事故などの利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。	3			
		31 緊急時(非常災害発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	5			
計				112	6	

項目別評価コメント

標準項目 整備や実行が記録等で確認できる。 確認できない。

評価項目	標準項目
1 理念や基本方針が明文化されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 理念・方針が文書(事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等)に記載されている。 ■ 理念・方針から、法人が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。 ■ 理念・方針には、法の趣旨や人権擁護、自立支援の精神が盛り込まれている。
<p>(評価コメント)</p> <p>法人の理念の「愛情・尊敬・信頼」のもと、「ご利用者一人一人が在宅生活を維持し、住み慣れた地域で自分らしく生活が送れるよう支援します。また認知症ケアの向上、虐待防止、感染症対策を意識して ご利用者が安心して過ごせる施設づくりを目指します。」をサービス方針として運営されている。</p>	
2 理念や基本方針が職員に周知・理解されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 理念・方針を事業所内の誰もが見やすい箇所に掲示し、職員配布文書に記載している。 ■ 理念・方針を会議や研修において取り上げ職員と話し合い共有化を図っている。 ■ 理念・方針の実践を日常の会議等で話し合い実行面の反省をしている。
<p>(評価コメント)</p> <p>理念や基本方針は事業所や事務所に額に入れて掲示されており、毎朝の朝礼時に、唱和がなされている。各事業所で職員全員参加による事業方針の説明会をコロナ感染により中止していたが、今年度4月から再度開催し、理念や方針を説明した。</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・方針が理解しやすい資料を作成し、分かりやすい説明をしている。 ■ 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>理念はデイルームに額に入れて掲示しているが、高齢の利用者には少し小さいと思われる。パンフレットでは、3つの理念が表紙の中央部に目立つように記載されている。利用開始時の説明される重要事項説明書は利用者にもわかりやすく作成されて、デイルームに入る廊下の壁に掲示されている。経営の基本方針である「在宅高齢者の健康の維持を図り、もってその福祉の向上を資することを目的する」を日々実践している。</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・基本方針により重要課題が明確にされている。 ■ 事業環境の分析から重要課題が明確にされている。 ■ 現状の反省から重要課題が明確にされている。
<p>(評価コメント)</p> <p>事業計画は法人独自の事業計画と、当施設が習志野市の指定管理事業としての運営からの指定管理用の事業計画があり、毎年の事業の分析や反省から重要課題が提起されて、法人と習志野市役所から事業の達成状況を評価されている。</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>所長と指定事業の8施設の施設長や常勤職員が中心になって策定しており、出来上がった計画等は製本されて全職員に配布され周知されている。</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>所長は理学療法士として現場で利用者のリハビリに取り組むだけでなく、絶えず現場の状況を把握しながら運営に当たっている。そのようにして利用者や職員の声を身近に聴きながら、理念の実現やサービスの質の向上や職員の働き甲斐などに取り組んでいる。利用者や職員からの信頼も厚い。</p>	
7 施設的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)の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>入所時に職員に「どうぶのこころえ」や接遇、虐待防止、個人情報などの倫理に関する資料を渡している。さらに研修を通して職員に周知している。</p>	

8	人事方針を策定し、人事を計画的・組織的に行い、職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。	<input type="checkbox"/> 人事方針が明文化されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 評価が公平に行われるように工夫している。
(評価コメント) 人事評価については法人が作成していないため明文化されていない。所長は一人一人の仕事を見ながら評価が公平なるように日ごろから努めている。人事方針は職員のキャリアアップそのものであるため、整備する必要があると考える。		
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。	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。
(評価コメント) 所長は現場に居ながら職員の有給の取得状況や時間外勤務状況等をつぶさに把握している。全体的な職員不足の中で、やりくりしながら取り組み、職員とは現場で個々に対応している。従来から職員の処遇改善に取り組んでおり。コロナ感染時には休暇扱いの制度にしてきたが、感染も落ち着いてきたので、7月から有給休暇の採用時からの付与に制度化する提案して処遇の改善に積極的に取り組んできている。		
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。	<input type="checkbox"/> キャリアアップ計画など中長期の人材育成計画がある。 <input type="checkbox"/> 職種別、役割別に期待能力基準を明示している。 <input checked="" type="checkbox"/> 研修計画を立て実施し必要に応じて見直している。 <input checked="" type="checkbox"/> 個別育成目標を明確にしている。 <input checked="" type="checkbox"/> OJTの仕組みを明確にしている。
(評価コメント) 職員の研修計画や新人研修計画については内部の常勤の職員による研修や法人の研修を中心に行っている。これらの研修については担当者からの話は聞いたが、計画書や報告書が作成されていないようなので、今後明文化していくことに期待したい。		
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。	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 日常の支援では、個人の意思を尊重している。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者の羞恥心に配慮した支援をしている。
(評価コメント) 事業所の全職員を対象とした憲法や社会福祉法などの法の基本理念については、地域包括支援センターの職員などから研修をうけている。利用者のプライバシーや羞恥心に配慮した統一された介護を行うために、月1回、時間外に全職員で「介護塾」という名前で技術の研鑽を積んでいる。		
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。	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 個人情報の利用目的を明示している。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。
(評価コメント) 個人情報の保護に関する方針をホームページに掲載し、事業所の掲示板にも掲載して周知を図っている。利用者には契約時に説明をしている。また、職員については入職時に同意書を取っている。		
13	利用者満足度の向上を意図した仕組みを整備し、取り組んでいる。	<input checked="" type="checkbox"/> 利用者満足度を把握し改善する仕組みがある。 <input checked="" type="checkbox"/> 把握した問題点の改善策を立て迅速に実行している。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。
(評価コメント) 食事については年1回アンケートを実施して、今後の食事の献立作成に役立てている。利用者の家族には利用者の状況を記載した連絡帳をお渡しして、意見や要望をうかがえるようにしている。		
14	苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 相談、苦情等対応に関するマニュアル等がある。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。
(評価コメント) 苦情解決責任者や第三者委員について事業者内掲示板に掲載している。同様に契約時に説明した契約書についても掲示して利用者に周知を図っている。苦情対応については4月に見直しを行った。苦情対応については施設長を含めて検討し、取り組んでいる。		

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"> ■ 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。
(評価コメント) 定期的職員向けの介護塾を開催して介護のサービスの仕方を検討勉強している。		
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"> ■ 業務の基本や手順が明確になっている。 ■ 分からないときや新人育成など必要に応じてマニュアルを活用している。 ■ マニュアル見直しを定期的の実施している。 ■ マニュアル作成・見直しは職員の参画のもとに行われている。
(評価コメント) 業務に必要なマニュアル等は職員の採用時に配布して、これらを活用して新人研修をおこなっている。マニュアルについては研修担当者から意見を聞いて定期的に改定を行っている。		
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"> ■ サービス提供内容、重要事項等を分かりやすく説明している。 ■ 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) 当デイサービスの利用者への説明の際の特色として送迎付きで見学してもらっているということである。説明の際には本人・家族がデイサービスに何を期待しているのかをしっかりと聞き取り、負担額は説明し、納得いただいた上で契約している。パンフレットは生活の内容の写真を多く取り入れ、わかりやすい工夫がされている。		
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) 生活相談員は契約時、利用者・家族の意向・希望を伺い、利用者の自宅での状況や日常生活動作についてを把握し、アセスメントしている。通所介護計画はアセスメントを基にそれぞれのニーズを記載し、作成されている。各職員は計画書に基づき、本人の状況に沿ってサービスを提供している。計画書については本人・家族に説明し、同意を得ている。		
19	個別支援計画について、内容が常に適切であるかの評価・計画の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な連絡を取り合い、利用者情報を共有化している。
(評価コメント) 通所介護計画書は居宅サービス計画に連動し、通常6か月ごとに見直され、区分変更・急変時には随時見直されている。生活相談員はサービス担当者会議に出席しサービスを提供する関係機関との情報共有に努めている。居宅サービス事業所と常に連携を取り合い、利用者の状況を報告し、必要な場合は居宅サービス計画の変更を提案している。		
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) 利用者の通所時の状況は連絡帳に記載され、利用者・家族に連絡している。連絡帳は複写になっており、事業所の記録として保管されている。利用者の状況の変化や特記事項は業務日誌に記録され、各職員は業務前に確認し、チェックする仕組みがある。サービス計画は利用者に対してそれぞれのニーズに合った具体的なサービス内容を記載し、利用者・家族に説明し、同意を得ている。		
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) 年1回の食事の嗜好調査を行い、アンケート結果を基に献立に反映している。利用者毎の咀嚼状況に合わせ、食形態が工夫されている。当園の食事の取り組みの特色として月1回のふるさと献立とおなかスッキリ献立週間が挙げられる。ふるさと献立は全国各地のふるさとを思い出してもらえるような献立、おなかスッキリ週間では繊維質の多い食材を取り入れ腸内環境を改善を目的にした内容で利用者へ好評である。調理はだしをしっかりと取り、塩分を抑えながらも味覚を満足させる工夫がされている。		

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。
<p>(評価コメント)</p> <p>マニュアルは一般的なマニュアルの他、「どうぶのこころえ」を作成し、新人職員にもわかりやすい工夫をしている。入浴、排せつについては特に衛生面に留意し、清潔を保っている。浴室は大きな浴槽や特殊浴槽があり、利用者の状態によって選択できる。トイレは男女が分かれていないため、使用勝手が悪いことが否めない。元気な利用者はデイサービス外のトイレを使用されていた。</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) 当デイサービスでは医療的ケア(胃薬・気管切開・尿道カテーテル等)の必要な利用者も全て受け入れている。そのため看護師の人員が多く配置されている。日常的なバイタルサイン、服薬管理は看護師が行い、健康状態に問題があると判断された時には家族・主治医に連絡し対応している。食後、口腔ケアは利用者毎の能力に合わせて対応しているが口腔ケア加算をとっていないため、書類は作成されていない。</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) 所長は理学療法士でもあり、リハビリ希望の方には個々のニーズや家族の希望を伺い、機能訓練計画を作成し、評価している。特に疼痛緩和、拘縮した筋肉を緩める効果は定評があり、希望する利用者が多い。日常的にはレクリエーション、ストレッチ、マッサージ等、利用者が楽しんで機能訓練ができる工夫がある。訓練室では生活に結びついた筆筒、階段などで訓練できる設備があり利用されている。</p>		
25	施設で楽しく快適な自立生活が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) 利用者の好みに合わせ、大人のぬいぐるみ・パズル・ドリル・各種週刊誌を用意し楽しんでもらっている。男性は特に麻雀や囲碁・将棋を楽しむこともある。デイサービスの入り口には本棚やソファがあり、ゆっくり静かに過ごしたい時には利用されている。静養室には数台のベッドがあり、休息できる場所が確保されている。トイレ、デイサービス室は委託業者が清掃しており、古い建物ではあるが、常に清潔は保たれている。</p>		
26	安全で負担の少ない送迎となるように工夫している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 利用者の状況に応じた送迎についての記載のあるマニュアルを整備し、定期的に見直している。 ■ 送迎時、利用者の心身状況や環境を把握し、安全で負担の少ない送迎を実施している。 ■ 利用者の到着時や帰宅時の待ち時間の過ごし方に工夫をしている。
<p>(評価コメント) 当デイサービスは常に利用者本位をモットーとしており、障がい者も含めて利用者の希望する時間に送迎している。乗車時間は30分以内としており、短時間利用者も受け入れているため毎日、複雑な配車のローテーションが組まれている。全車にドライブレコーダーを付けて安全を確保している。利用者は送迎の待ち時間を利用して個別活動として「クロスワード」「ナンプレ」「計算ドリル」に取り組んで過ごされている。</p>		
27	認知症の利用者に対するサービスの質の確保に取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 従業者に対する認知症及び認知症ケアに関する研修を実施している。 ■ 認知症の利用者への対応及び認知症ケアに関するマニュアル等が整備されている。 ■ 「その人らしく」生活できるように個別サービス計画に工夫が見られる。
<p>(評価コメント)</p> <p>認知症ケアについては認知症マニュアルに沿って年1回の研修を行い、特に新人研修には必ず実施している。当デイサービスでは認知症の人への抑制はしないことを大切にしており、例えば徘徊されても止めないで一緒に行動し、寄り添って歩くことを実施している。</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の提出又は連絡を行っている。 ■ 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>家族との連携は複写式連絡帳で行い自宅・デイサービスでのお互いの情報を共有している。デイサービスからは当日のバイタルサイン・食事・排泄・入浴・活動等の様子を報告している。コロナ禍で家族が参加できる行事は行っていないが、アンケートの中にはデイサービスでの利用者の様子を見たいとの希望が出ており、短時間での家族参加の機会が望まれる。</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・ハット事例等の収集を実施している。 ■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) 感染症マニュアルは整備され、内部研修は年3回看護師が中心になって実施している。職員は出勤前に必ず検温し、出勤時に記録している。法人は独自に感染症対策として特別有給制度を作り、感染者や濃厚接触者に対して無理をしない環境づくりに努めている。新人職員は入職時から有給休暇を使って休養できる仕組みもあり、人材確保と感染対策の両面からのうれしい制度となっている。感染症及び食中毒事例やヒヤリハットは収集し、検討しているが、書類として作成されていない。		
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。
(評価コメント) 送迎についての事故対応マニュアルは分かりやすいフローチャートにして各車両に設置している。その他の事故対応マニュアルは作成され、ヒヤリハット、事故報告は記録され、報告書から分析、検証されている。随時、マニュアルは見直され、再発防止に努めている。		
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"> ■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。
(評価コメント) 非常災害時の各役割・マニュアルは整備されている。避難訓練は年2回、シルバー人材センターと共に実施している。当事業所は福祉避難所として市と協定を結び、帰宅困難者の受け入れの準備をしている。また近隣自治会との協力をいただけるよう対策している。被災時、帰宅できない利用者は事業所内で過ごすよう対策を立てて備蓄品を用意している。		