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	ユニトレンド株式会社
所 在 地	柏市中央 2-9-16
評価実施期間	平成26年12月15日～平成27年3月31日

2 受審事業者情報

(1) 基本情報

名 称 (フリガナ)	市川市国府台デイサービスセンター イチカワシ コウノダイ デイサービスセンター		
所 在 地	〒272-0827 千葉県市川市国府台5-25-4 第2校舎1階		
交通手段	JR『市川』駅、京成『国府台』駅から 京成バス『松戸駅』『松戸車庫』行きに乗車、『小学校』下車 徒歩5分/北総線『矢切』駅から徒歩15分		
電 話	047-375-0853	F A X	047-375-0856
ホームページ	www.asahiso.com		
経 営 法 人	社会福祉法人 市川朝日会		
開設年月日	平成10年6月1日		
介護保険事業所番号	1270800277	指定年月日	2000年4月1日
併設しているサービス	在宅介護支援センター・配食サービス 居宅介護支援事業所		

(2) サービス内容

対象地域	市川市、松戸市（一部地域）		
定 員	指定通所介護（予防含む）25名		
協力提携病院	なし		
送迎体制	送迎車両3台（リフト車含む）		
敷地面積	14,481.6㎡	建物面積(延床面積)	444.7㎡
利 用 日	指定通所介護（予防含む）：月曜日～金曜日		
利用時間	9時15分～16時30分		
休 日	土曜・日曜・祝日、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（体温・血圧・脈拍・問診等）		
利用料金	介護保険料（1割負担分）と昼食・おやつ代620円		
食事等の工夫	ご利用者の状態に合わせた食事形態に対応。一年を通して6回の行事食を実施。重箱に季節や彩りを感じるお食事を詰めてお出ししています。		
入浴施設・体制	一般浴とリフト浴を設置。脱衣室にトイレあり。入浴サービスに回数や曜日の制限はなく、要支援の方にも提供させていただいております。		
機能訓練	機能訓練指導員による個別のリハビリやマッサージ。加算はなし。		
地域との交流	小学校の敷地内にあり、小学生全学年との交流会や近隣中学・高校との職場体験等の交流や地域ボランティアの受け入れ多数あり。		

(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
	8	10	18	
職種別従業者数	生活相談員	看護職員	介護職員	
	1	2	8	
	機能訓練指導員	事務員	その他従業者	
	1	0	6	
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	
	3	0	5	
	訪問介護員3級	介護支援専門員		
	0	0		

(4) サービス利用のための情報

利用申込方法	居宅介護支援事業者を通じての受け入れ		
申請窓口開設時間	午前8時30分～午後5時30分		
申請時注意事項	空き状況の確認、住所地の確認（送迎範囲内であるか）		
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>当事業所では、要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ 自立した日常生活を営むことができるよう、入浴・排泄・食事の介護及び機能訓練を行うことにより、利用者の孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図ることを基本方針としています。</p> <p>職員の合言葉 明るい『挨拶』、明るい『笑顔』、今日も一日『愛』と『感謝の心』を以って頑張ります。 この合言葉を愛言葉に「デイサービスに来て良かった」と思っていただけのような1日を提供していきたいと思っております。</p>
特 徴	<p>児童の減少により生じた小学校の空き教室を再利用するもので、市川市が教室を改築して、社会福祉法人市川朝日会が運営を受託しています（公設民営）。国府台小学校の敷地内の第2校舎の1階にあり、2階・3階の特別教室は一般にも開放されており、利用者、児童、地域住民が相互に交流できる環境になっています。</p>
利用（希望）者へのPR	<p>ホールの全ての窓からは じゅんさい池緑地公園の広々とした緑が広がっていて、四季折々の自然を楽しむことができます。とても眺めが良く『どこかのリゾート地に来た様な気分』を味わうことができます。明るく開放的な空間の中 利用者一人ひとりのその日の体調や気分を尊重したサービスを提供しております。</p> <p>広々とした大浴場の窓からも 緑豊かな自然を楽しむことができます。</p> <p>国府台小学校の敷地内にあり、耳を澄ますと生徒の元気な声が聞こえてきます。また、1年生から6年生まで授業のカリキュラムとして年間を通じて各学年の小学生とのふれあい交流会が楽しめます。施設内の厨房で専任スタッフがつくる食事は「おいしい」と評判です。</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
学童と利用者の良好な交流・協力関係が構築されている
事業所は、生徒数の少なくなった公立小学校の1階に開設され、学童との交流が多く図られ、良好な協力関係が構築されている。特に一・二年生の頃は教師主導に行われている交流が、三年生以降になると生徒主導で行われるようになり、生徒の成長に大きく寄与していると感じることが出来る。また、生徒の訪問により利用者の表情が輝き、笑顔や安らぎを得るなどの相乗効果があり、是非継続したい取り組みである。
サービスの向上に、3つのデイサービスセンターが協働して取り組んでいる
マニュアルは整備され、定期的に或いは必要が生じたときに見直され、見直し及び追加された項目は履歴に示され努力が伺える。その際には、3つのデイサービスセンターの管理者が協働して取り組んでいる。また、発生した事故及びヒヤリハット等を3つのデイサービスセンターで共有し、再発防止に取り組んでいる。
満足度調査を実施し、利用者満足の向上に取り組んでいる
年度末に利用者アンケートが実施され、利用者及びご家族の意見・要望や満足度調査を行い、アンケートから得られた意見には回答・改善を行い、問題点の解決に取り組んでいる。アンケート結果はその対応策と共に迅速に利用者に配布し、事業所内に公表され、利用者及び家族はいつでも目にすることが出来る。
さらに取り組みが望まれるところ
近隣住民との良好な関係構築への努力の継続に期待する
介護保険法の改訂に伴い、近隣の道路事情に変化が生じ、苦情が発生する事態となった。苦情申し出人に対し、誠意をもって迅速に対応し、説明・理解を得るよう努めているとある。近隣との良好な関係構築にさらに誠意をもって取り組まれるよう努めていただきたい。

(評価を受けて、受審事業者の取り組み)

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。	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。	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	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	0
				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
		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。	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。	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	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	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	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。
		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。	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。	3			1
		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	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) 理念・基本方針は明文化されている。事業所のパンフレットにも記載し、法人の使命・目指す方向や考え方が明確に示されている。なお、法人のホームページには法人が実施する福祉サービスの内容が明示されている。</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) 理念・基本方針・年度計画がセンター内に掲示されている。さらに職員間の連絡ノートにファイルされ、職員は常に目にする事ができる。毎日の朝礼で唱和し、夕礼時・ミーティング時には実際の事例検討がなされる際、介護のあり方・職員の考え方を理念・基本方針に基づいて解決し、確認しながら共有化を図り周知徹底に努めている。</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) 利用契約時に利用者及び家族に対し、生活相談員より「理念・基本方針」を配布し、丁寧に説明がされている。連絡事項の確認や相談支援として活用している連絡ノートにも添付し、利用者及び家族はいつでも目にする事が出来る。ただ、当事業所には利用者会や家族会はなく、合同での説明や話し合いは行われていない。センターの催事などで家族の参加を得られている場を利用し、その際に時間を割き周知を図るなど工夫されたい。</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) 当センターは市川市の児童数が少なくなった小学校の空き教室を利用して開設された事業所であり、市川市の指定管理を受け、公設民営で運営されている。事業計画書は中長期的視点から、利用者アンケートや職員の意見、全職員が参加する話し合いの中で課題を明確にして作成している。決定された事業計画書は、法人の事業計画と共に市にも提出されている。</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) 年間計画等重要な課題や方針については、系列の三つのデイサービスセンターの長が大筋について話し合い、全ての職員が係わりを持ち、意見を述べ話し合い決定している。さらに日々の運営の中で、サービス提供前・後に行うミーティングの中で現場の状況確認や事業計画の実施状況等を確認している。これらの内容は職員連絡帳に記載し、全ての職員に周知される。</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) 当事業所は職員の資質向上及び質の良いサービス提供のために、研修会への参加をすすめ、時間外勤務の考慮・交通費・負担にならないよう配慮するなど研修会に参加しやすいよう間接的に補助をしている。また、管理者は利用者に質の良いサービス提供を行うために、全ての職員が常に意見交換を行い、創意工夫が行われるよう環境作りを心掛けている。また、当事業所は離職率が低い、このことは職員間の人間関係が良好で働きやすい職場環境が整えられているためと考えられる。</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"> ■ 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) 倫理規定については、入職時の新人職員研修で実施され、さらに年度初めには法令遵守・理念・基本方針・心得などの研修が行われている。また、目に付きやすい場所に掲示し、ミーティング時にもすぐに再確認・再認識できるよう取り組み、周知徹底が図られている。</p>	

8	人事方針を策定し、人事を計画的・組織的に、職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。	☐ 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。
(評価コメント) 職員の役割と権限は明確に職務権限規定に定められている。事業所では、年度終了時に管理者と職員の面談を行い、目標の達成度や自己評価について話し合っている。さらに次年度の目標を設定している。また、キャリアアップ計画ではパート勤務の職員は資格取得後は希望すれば正職員登用の機会も用意されている。職員アンケートが実施され、管理者は職員の悩みや本音を知ることが出来、面談の必要があると判断したときは面談を行い、素早い問題解決を行い、働きやすい環境作りを努めている。		
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。	☒ 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。
(評価コメント) 有給休暇や時間外労働については、有給データ表・勤怠表で管理され、勤務状況・有給取得状況が即理解できるようになっている。管理者は状況によっては随時職員と面談を行い課題改善に取り組んでいる。なお、福利厚生面では職員は例えば「腰痛」などが生じた場合は系列病院で無料で受診でき、新年会・忘年会・慰労会が行われる場合は事業所から費用の半分が助成される制度がある。		
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。	☒ 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。
(評価コメント) 採用時の新人職員研修は事業所で行い、さらに法人としての研修会も行われる。日々の現場では、施設長及び先輩職員によるOJTによる指導が行われている。職員の教育・育成計画は年度ごとに作成され、最新の資料や情報を用いて、職員のスキルアップに取り組んでいる。キャリアアップ、キャリアパスについても研修計画を作成している。今後は個別の育成目標を設定した研修を計画していきたいと考えている。		
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。	☒ 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。
(評価コメント) 法令遵守の研修を年1回行い、利用者の人権に配慮したサービス提供を心掛けている。送迎時・入浴時の身体状況に留意し、異常を発見した場合は利用者及び家族の状況を担当CMに報告している。担当CMとは常に密に連絡を取り合っている。職員には適切な態度を実践するよう朝礼・夕礼時に助言・指導し、年度末には職員自身の態度や行動について自己評価を行っている。		
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。	☒ 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。
(評価コメント) 個人情報保護に関する方針はホームページ・パンフレットに掲載され、施設内の目に付きやすい壁面に掲示されている。記録の開示についても契約書に記載し説明している。職員には入職時に誓約書を交わし、研修も毎年実施し、セルフチェックを行うことで自覚を求めている。ボランティアや実習生にマニュアルを通じ周知を図り誓約書を交わしている。個人情報に関わる書類は施錠できる場所に保管し、破棄する場合はシュレッダーにて裁断後破棄している。		
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。	☒ 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。
(評価コメント) 年度末に利用者アンケートが実施され、利用者及び家族の意見を聴集し、満足度調査を行い、アンケートから得られた意見には回答・改善を行い、問題点の解決に努めている。アンケート結果はその対応策と共に迅速に利用者に配布し、事業所内に公表され、利用者及び家族はいつでも目にする事が出来る。職員は送迎時に家族とのコミュニケーションを大切にし、些細なことでも気軽に相談できる関係構築に努めている。事業所には相談室が設備され、相談内容は記録し保管されている。		
14	苦情又は意見を受け付ける仕組みがある	☒ 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。
(評価コメント) 利用契約時、重要事項説明書に基づき、相談・苦情窓口・担当者の説明を行っている。事業所内にも掲示されている。利用者及び家族からの苦情は殆んど無く、年度末のアンケート調査で寄せられた意見には迅速に検討・対応を行うよう努力し改善策を示している。苦情については前回の介護保険の変更による提供時間の変更により、利用者の送迎時間の変更が近隣の道路事情の変化となり、近隣住民の通勤車及び学校の生徒の登校時間と重なる事態となり、苦情が発生することとなった。苦情申し出人に対しては誠意をもって迅速に対応し、説明・理解を得られるよう努力している。また、苦情受付書に記入し法人に報告し、職員に周知している。		

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"> ■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) 日々夕礼時に当日のサービス提供のあり方について意見を出し合い、検討し、サービスの質の向上をめざしている。また、担当CMや主治医の意見を検討し、利用者の気持ちに沿ったサービスを提供できるよう努力している。これらの意見、検討、対応は職員日誌や連絡帳に記載し、職員全員に周知している。		
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) マニュアルは作成され、随時見直しも行われている。これらはファイルされた中に見直しの時期と内容の履歴が添付され、確認できる。マニュアルの見直しは職員の参加し見直し検討追加が行われ、さらに職員参加及び確認の押印がある。見直しは系列の3デイサービスセンター(市川市あさひ・市川市国府台・市川市中山)の管理者間で行われることもある。		
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) 利用契約時に訪問目的・説明内容を丁寧に分かりやすく説明している。(評価コメント) 重要事項説明書の中に利用金額(基本料金、各種加算料金、食事代)が記載され、さらに介護保険利用による1割負担も説明し理解を得た後、証明・押印を得ている。これらは説明の順番が明記された手順に基づいて間違いや漏れの無い様に行われている。		
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) 通所介護計画書はケアマネージャーの作成するケアプランに基づき、利用者及び家族の希望や課題・心身の状態を踏まえて作成している。個人の状況は事業所の書式に則って収集されている。さらに利用者の現病に関する資料もファイルされている。事業所は暫定の通所介護計画書が殆んど無いと説明があり、ケアマネージャーとの良好な関係が構築されていると推察できた。しかし、事業所内の関係職員の連携が確認できなかった。		
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) 利用者の状態や様子の变化等の些細なこと、居宅ケアプラン変更に関わる変化等、常に担当ケアマネージャーに報告し、情報の共有に努めている。サービス担当者会議開催時は家族・担当ケアマネージャー・他事業所の意見を傾聴し、良好な関係構築を図り、密接な連携が可能になるよう努めている。		
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) 利用者の利用時の心身の様子は、バイタル表・通所介護実行表に記載され、タイムスケジュール表に提供サービス内容が記録チェックされる仕組みになっている。夕礼時の内容及び利用者個人の特記事項を職員連絡帳に記載し、情報の共有を図っている。記録や記入は出来るだけチェック等で行うなど簡素化を図り、利用者に関わる時間を捻出する工夫を行っている。		
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) 利用開始時に禁止食や好き嫌い、食事形態、摂取量等食に関する聞き取りを行い、希望に添うよう配慮している。送迎時利用者や家族に体調確認を行い、食事形態の変更にも対応している。さらに、年6回、ひなまつり・端午の節句・七夕・敬老会・運動会・クリスマスなどの行事食を提供している。年度末に実施される食に関するアンケートでは利用者の満足度は99.8%とほぼ満点ともいえる。しかし、事業所はこれに満足せずさらに美味しさを追及する努力を行っていくとしている。		

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"> ■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) マニュアルは年度初めに見直しが行われ、職員に周知している。マニュアル変更追加が生じた際は随時取り組み、履歴が記録されている。通所介護計画書作成時、入浴や排泄は利用者の希望に聞き取り、心身状態の変化・安全・健康に配慮し、サービス提供が行われるよう利用者へ内容確認を行い、了承を得て実施している。利用時のサービス提供状況は看護・介護職員によってサマリー・通所介護実行表に記録されている。</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) 健康管理マニュアルが整備され、見直し時期が履歴となっている。利用日の健康状態は把握されバイタル表・通所介護実行表に記録されている。利用者の状態に変化が生じた時は利用者の意向を確認しながら、看護及び介護士が状態変化に対応し、急な対応を要する場面では家族及び担当CMIに連絡し、対応している。そのサービス実施変更内容はサマリー及び通所介護実行表に記録されている。利用契約時に緊急連絡先の情報を確保し、一覧表に作成している。口腔機能加算の計上は行われていないが、食前に嚥下体操、食後に歯磨き・うがいの実施し、口腔衛生の確保に努めている。</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) 当施設は個別機能訓練加算を計上していない。しかし、機能訓練士が毎日勤務している。予防通所介護の利用者に運動器機能向上計画書を作成し、毎月モニタリング・評価を行い、3ヶ月毎に評価実績を担当CMIに提出している。通所介護利用者には希望に応じてプログラムを作成し、機能訓練士を中心に介護職員が個別機能訓練を提供している。個別機能訓練プログラムは通所介護計画書に盛り込まれ、実施状況は通所介護実行表に記録されている。さらに利用者には計算ドリル・塗り絵などが提供され、それぞれ興味のあるものに取り組んでいる。また、楽しく行いながら、手指・上下肢機能向上及び筋力uP、バランス力uPなどの効果が期待できるレクリエーションを提供している。</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) 利用者は、学習プリント・塗り絵・数独等に取り組んだり、読書を楽しんだり・それぞれが個人で主体的に興味あるものに取り組んでいる。事業所内は日々清掃・消毒が実施され、年に3回専門清掃業者が窓拭き・床ワックス掛けを行っている。利用者の静養できるベッドが用意され、和室で布団での静養も可能である。</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) 送迎マニュアルは作成され、見直しの時期が履歴されている。運行表を作成し、利用者の車酔いや腰痛等の身体状況を考慮して、送迎対応を行っている。送迎には大型車2台・小型車3台で対応しているため、帰宅時の待ち時間は10分～15分と少ない。</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) 認知症対応研修会に参加し、社内研修として報告会を行っている。</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) 連絡帳への記載のみではなく、日々の利用者送迎時に、朝は家族から利用者の心身状況の聞き取り確認、夕はセンターでの様子を報告し、納涼祭・敬老会・クリスマス会には家族の参加を事前に呼びかけ、併設の在宅介護支援センターの実施する認知症サポーター養成講座や介護教室などへの参加の案内を行い、良好な関係構築に努めている。</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。
(評価コメント) マニュアルは毎年整備されている。感染症研修は毎年参加している。今年度は保険所主催の研修会に参加し、夕礼時に職員にフィードバックし情報共有している。感染症発生時期に合わせ、インフルエンザ・食中毒などについて再確認し、特にノロウイルス吐しゃ物の処理実習を行っている。さらに職員に対しては出勤前に体温確認、出勤・外出後のうがい・手洗いの励行。職員及び家族に発生が確認された時は出勤停止などの対応を行い、感染の持込・拡大の防止に努めている。さらに系列センターでの事故及びヒヤリハットを共有し、同様の事故発生防止に努めている。		
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"> ■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) 事故発生時は事項報告書及びヒヤリハットを作成、再発防止に取り組んでいる。4年前にAEDを設置し、定期的な手順の確認を行い、今年度は吸引機を設置し、看護職員の指導を受け、食事介助マニュアルを追加し研修会を実施した。		
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) 非常災害時マニュアル、火災避難時の行動派フローチャートに示され、学校側との協力のあり方もマニュアル化してある。年2回実施する防災訓練では、実施前に手順の確認等を行っている。1回は消防署の指導を受けて行っている。緊急先一覧表は個人ファイルと一緒に保管し、緊急時には持ちだす仕組みが整えられている。法人の緊急連絡網は目のつく場所に掲示してある。東日本大震災後、水・豚汁等の非常食を50食ずつ保管している。		