

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	令和5年10月1日~令和5年12月10日

2 受審事業者情報

(1) 基本情報

名 称 (フリガナ)	合同会社花村 リハビリフィットネス&シニアヨガ花村 ゴウドウカイシャハナムラ リハビリフィットネス&シニアヨガハナムラ		
所 在 地	〒270-1516 千葉県印旛郡栄村安食2-2-5		
交通手段	JR成田線安食駅 徒歩2分		
電 話	0476-33-6633	FAX	0476-33-4484
ホームページ	http://www.hanamura6633.com		
経 営 法 人	合同会社花村		
開設年月日	平成27年2月1日		
介護保険事業所番号	1274400223	指定年月日	平成27年2月1日
併設しているサービス			

(2) サービス内容

対象地域	印旛郡栄町、成田市、印西市		
定 員	10名		
協力提携病院			
送迎体制	ステップワゴン2台、Nbox 1台		
敷地面積	m ²	建物面積(延床面積)	62.84m ²
利 用 日	月曜日~土曜日		
利用時間	①9:00~12:15 ②13:00~16:15		
休 日	日曜日、8月13日~8月15日、12月29日~1月3日		
健康管理	機能訓練前の問診、機能訓練前後の血圧・脈拍・体温計測		
利用料金	介護報酬の告示上の額、利用者負担は負担割合分		
食事等の工夫	食事提供なし		
入浴施設・体制	入浴サービスなし		
機能訓練	パワーリハビリテーション実施(加算なし)		
地域との交流			

(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
	1	16	17	
職種別従業者数	生活相談員	看護職員	介護職員	
	3	1	11	
	機能訓練指導員	事務員	その他従業者	
	2	2		
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	
	2			
	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	利用者又はその家族又は担当ケアマネージャーから事業所へ電話または直接来所		
申請窓口開設時間	8:00~17:00		
申請時注意事項			
苦情対応	窓口設置	木原 佳津世	
	第三者委員の設置	栄町役場介護健康課	

3 事業者から利用（希望）者の皆様へ

サービス方針	利用者一人ひとりの思いを大切に生きる力を支えます
特 徴	外出や寝たきりなどの不安をお持ちの方が「自立した生活と自身の回復」のために安全で無理のないドイツ生まれの医療用トレーニングマシンを取り入れ、機能訓練に取り組んでいます。
利用（希望）者へのPR	スタッフはみんな優しく、明るい活気あるデイサービスです。

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. 利用者、職員にとっていきいきと活動できる施設となっている

2015年に開設された当施設は、介護予防を希望する利用者自身が自主的な判断で利用を決めてサービスを受けることが多い。また、栄町唯一のドイツ生まれの医療用トレーニングマシンを導入し身体機能の維持・向上に寄与している。利用者の意欲と設備とがあいまって、目に見える変化があらわれている。こうした変化は職員にも喜びを与え、働く意欲を向上させている。当施設を名指して指定した申込者が増えている。

2. 介護予防に注力し、豊富なサービスメニューを提供している

介護予防に特化し、利用者一人ひとりが健康への不安を解決し楽しい日常生活を送れることができることを目標に「自分でしか自分を治せない」の意識をもって参加し、豊富なメニューの中から、自らが数独・脳トレ・塗り絵等を選択しチャレンジしている。
機能訓練では無理せず楽しく安心・安定して継続することを大切にした個々のプログラムが組まれている。栄町で唯一のドイツ生まれの医療用マシン等厳選されたマシンが用意され、無理なく継続できるようスタッフの声掛けに合わせて行う方、自主的に行う方もいて、スタッフのフォローもさりげなく行われている。
利用者アンケートにも「ここに来ると元気になる」「来るのが楽しい」「やりたいことや行動の範囲が広がった」「皆が親切で明るく優しい」等感謝の声が多く上がっている。

3. 職員の緊密な情報共有により、質の高いサービスが維持されている

常勤職員は管理者のみで、午前・午後の職員の勤務時間はそれぞれ5時間である。情報の伝達漏れをなくすため、「担当ケアマネ等連絡簿」と呼ばれるファイルを一本化し、職員の情報共有を図っている。また、グループラインを活用し、瞬時に対応できるようにしている。フロアの広さも職員全員がサービス内容を全貌出来、利用者の希望する活動に対応できるようになっている。

4. 地域密着で更なる事業展開を目指している

令和4年に策定された事業計画書によれば、関連事業との連携のもとこれまでのシニアヨガ、リハビリデイサービスだけでなく、地域のニーズに対応すべく弁当飲食の提供、夕方子ども食堂、カイロ骨盤施術などを計画し、地域に開かれた複合事業所としてシニア世代を中心に健康と明るい人生の手助けを目指している。更なる発展が期待される施設となっている。

さらに取り組みが望まれるところ

1. 業務マニュアルの整備

職員の意識も高く、これまでの管理者の努力と情熱は他に類を見ないものである。現在は管理者が運営全般にわたり計画実践にあたっているが、職員アンケートからも業務マニュアルの一層の整備を求める声もあり、さらなる事業の充実・展開を図るためには幹部職員を置き、分業体制を整えていく必要がある。

2. 防災訓練の計画と実施

防災については職員会議での話し合いは行われているが、利用者を交えての防災訓練等は実施されていない。今後は地域との連携体制の構築、避難場所の確保、家族・医療機関等の連絡方法などの災害発生時の対応についても検討、整備頂きたい。

3. 幹部職員の育成

今回の第三者評価では利用者への周知、事業計画、人事などマネジメントに関する項目で未実施の項目が散見される。現業の充実、新しい事業展開の具体化などに向けて、右腕となる職員の育成を期待したい。

(評価を受けて、受審事業者の取り組み)

この度第三者評価を受審したことは、事業所を客観的に評価していただいたことで施設の良い点を再認識できたり、改善点が明確化されたりととても有意義でした。利用者アンケートにより高評価を頂いたことは、職員のやりがい、喜びにつながっております。これからも利用者のみならず職員の皆様からも、必要とされる愛される事業所でありたいように努めて参ります。

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	☑対象外	
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。	1	2		
		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。	2	2	
				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。	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。	3	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。	1	3	
			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。	3	1	
			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	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	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。	3	1		
		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。	3	1		
			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。	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。	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	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		
			21 食事の質の向上に取り組んでいる。			4	
	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。			4	
			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が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。			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。			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。	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	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。	3	2			
計				90	21	8	

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。 非該当。

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) 基本理念は「優しさ」「誠実」「感謝」で、基本方針としては「スタッフ全員で協力し利用者一人ひとりの思いを大切に生きる力を支えます」であり、運営方針と合わせて明文化されている。今後パンフレットやHP等にも掲載し、広く周知することが期待される。</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) 基本理念、基本方針、運営方針は施設の目につきやすい中央部壁面に掲示されている。月末1回の職員ミーティングでは理念をもとに多くの情報共有がなされているが、はっきりと理念を意識化しての活動には至っていない。職員に理念や基本方針を周知・理解してもらうために管理者からの働きかけが望まれる。</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)基本理念、基本方針等は施設内に掲示掲載している。但し利用者や家族へ積極的な説明とは言えない状況であるものの、利用者アンケートでは職員の対応や事業所の提供サービスに対して満足との意見は多い。管理者の高い志を持った運営に対する率直な意見と思われるが、今後は契約時の重要事項説明書と合わせて説明したり、パンフレットや日々の連絡帳の一部にも印刷するなどの工夫が望まれる。</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) 事業計画は現在職員と共に作成中であるが、日々の実践活動の中では重要課題等が取り上げられ、その解決に向けた対策が取られている。職員全員が共有できる事業計画の完成が待たれている。</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) 管理者を除くと、他の職員は午前か午後の非常勤職員であり、幹部職員といえる職員が不在の状態である。職員間の情報共有は一つのファイル「担当ケアマネ等連絡簿」に一本化し情報漏れの無いような工夫がなされている。</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) 管理者は職員を信頼・感謝し、職員が生き生きと仕事しやすい環境整備に務めている。利用者がリハビリテーションを行うことにより、はっきりとした変化が認められ、職員にとってもやりがいのある職場となっている。技術向上のため、スマホでも利用可能なジョブモデルを契約し、計画的に職員の研修を進めている。</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"> ■ 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) 倫理規定が明文化されている。倫理綱領の中には、生命の尊厳、人権の擁護、自主性の尊重、個人の尊重、プライバシー・財産の保護、地域社会との交流・協力等きめ細かく記述がなされており、職員会議の中でも職員にも周知されている。</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 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。
<p>(評価コメント)</p> <p>人事方針の明文化はまだ行われていないが、年度初めに職員と面接を行い、必要に応じて面接を行っている。取得資格、経験年数、時間数に基づく処遇改善を行い、評価が公平にされるよう工夫している。市主催の研修参加等は会社が負担し、資格取得の支援も行っている。</p>		
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 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。
<p>(評価コメント)</p> <p>働く曜日の要望や休暇の取りやすい環境整備がなされ、グループラインを利用して、突発的な職員休暇に対応できるような体制が取られている。職員の資格取得希望に対して、積極的に助成を行っている。</p>		
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 checked="" 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 type="checkbox"/> 個別育成目標を明確にしている。 <input type="checkbox"/> OJTの仕組みを明確にしている。
<p>(評価コメント)</p> <p>職員の資格取得の助成を行い、キャリアアップを勧めている。また、ジョブメドレーを利用して職員が自主的に研修が受けられるような体制を設けている。職員はそれぞれ個別に研修を受けられるが、個別育成目標を明確にしたり、OJTの研修計画の作成が望まれる。</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。	<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。
<p>(評価コメント)</p> <p>社内で定めた倫理規定において、行動指針の中で差別の禁止、利用者の主体性と個性の尊重、プライバシー保護、人権の尊重と対等な立場での支援・介護・援助、体罰等の禁止などそれぞれ細かく規定されている。また介護現場におけるハラスメント対策マニュアル等も活用し、職員会議や研修等を通して職員に徹底を図っている。</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。	<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 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。
<p>(評価コメント)</p> <p>重要事項説明書に個人情報保護に関する規定が明記されている。また、倫理規定の行動指針の中にもプライバシー保護に関する留意事項が具体的に記載されている。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に関しては明示していない。開示請求があった場合を想定し対応をどうするか決めておく必要があろう。</p>		
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 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。
<p>(評価コメント)</p> <p>自立度の高い利用者が多く、日常の利用者や家族とのコミュニケーションを通して、要望・希望等を聞く機会が多い。今回第三者評価を実施し評価機関による利用者満足度調査を実施したが、各項目とも平均して高い評価を受けている。利用者満足度や苦情に関する設問では7～8割近い方から評価を受けている。</p>		
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理解を求めている。
<p>(評価コメント)</p> <p>重要事項説明書には相談、苦情等の対応窓口及び担当者が明記されている。連絡帳や主に電話を通しての個別の情報共有はあるが、組織として利用者等の要望・苦情を聞く機会を増やし、更に言いやすい環境整備を進めていく必要があろう。今まで苦情等の申し入れはないが、申し入れがあれば手順に基づき対応する予定である。</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)</p> <p>月末の職員全員参加の会議では、サービス内容の評価、点検を行い、サービスの質の向上に努めている。また職員間の情報交換も直接あるいはグループラインなどを通して頻繁になされている。職員会議に参加できなかった職員は「ミーティング議事録」を通してその内容を理解している。また、日常的には「担当ケアマネ等連絡簿」にすべての情報を書き込み、情報の一本化を図り、情報共有の徹底を促している。</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。
<p>(評価コメント)</p> <p>各種の業務マニュアルが整備されている。マニュアル作成は基本的には管理者中心に行われており、職員の参画があまりされていないのが現状である。研修も兼ね、多くの職員参加によるマニュアル作成を進めていく事が、日常のマニュアル利用頻度を上げる事にもなるものと思われる。また、作成や改訂にあたっては年月日の記述を明記していくことを留意されたい。</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。
<p>(評価コメント)</p> <p>利用契約書・重要事項説明書に記載された内容を本人・家族に丁寧に説明し理解を得てサービスを開始している。サービス利用料金については重要事項説明書に記載された当事業所の利用料金・自己負担額を説明し同意を得ている。利用者ニーズはアセスメントを行い本人からの要望・希望を聞き利用にあたっての説明を行い、理解を得ている。</p>		
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。
<p>(評価コメント)</p> <p>担当の介護支援専門員からの基本情報と本人・家族からの生活歴や日常生活での希望や意向を聞いている。アセスメントを行い、本人・家族を交えて課題を話し合い、通所介護計画書を作成し、本人・家族に説明し理解を得ている。通所介護計画書の内容は職員会議で共有されている。</p>		
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に連絡を取り合い、利用者情報を共有化している。
<p>(評価コメント)</p> <p>居宅サービス計画書に沿って通所介護計画書を作成し、見直し時期を明示している。サービス担当者会議には所長が出席し、利用者の状態について説明を行い情報共有に努めている。重要事項説明書には主治医・ご家族への緊急連絡先の記載欄があるが、これを一覧表等見やすくする工夫も望まれる。担当の介護支援専門員とは定期的に連絡をとり、情報共有に努めている。</p>		
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。
<p>(評価コメント)</p> <p>利用者の情報は個人ファイルで管理され、毎日の利用者の情報は話し合いと職員の連絡ノートで共有され、目を通したら見落としがないように記名チェックしている。職員間の報告・連絡・相談はしっかり行われ、利用者とのコミュニケーションも良く取れている。通所サービス計画については利用者と話し合いながら実践している。</p>		
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。
<p>(評価コメント)</p> <p>非該当(食事提供なし)</p>		

22	入浴、排泄介助の質確保に取り組んでいる。	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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) 非該当(入浴支援なし)		
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。
(評価コメント) 来所後にサービス提供票にバイタルを記入し、体調については本人にも確認している。サービス提供票にはパワリハの利用状況、体操・脳トレ・レク等の参加状況・連絡事項を記載し、サービス利用後にも再度バイタルチェックを行い、家族との連絡表になっている。職員は利用者の健康状態に常に気配りを行っているが体調に急変が見られた時には、家族・医療機関との連携を図っている。口腔ケア体操を実施している。		
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"> ■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。
(評価コメント) リハビリの目標や課題を明確にし、個別通所介護計画書を作成し本人・家族に説明し理解を得ている。参加時のサービス提供票にはパワリハで使用したマシンの種類・セット数・負荷数等と体操、レクリエーションの参加状況を記入し、生活機能の維持と向上に努めている。		
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、安全性や適性に留意している。
(評価コメント) 半日参加の時間を有効に使えるよう利用者自らが選択し用意されたプログラムにチャレンジしている。活動中の休憩、水分補給、トイレは利用者の体調や様子を見ながら適宜行っているが、利用者が笑顔で過ごせるようタイミングを工夫し、職員とのコミュニケーションを大切にしている。		
26	安全で負担の少ない送迎となるように工夫している。	<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。
(評価コメント) 送迎マニュアルを用意し、送迎は3台の車で待ち時間、乗車時間が負担にならないよう工夫されている。送迎時には本人、家族からの体調の聞き取りも行い、サービス提供票には次回の参加日、お迎えの時間も記入されている。		
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"> ■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。
(評価コメント) 認知症になっても普通の生活が継続できるよう、利用者寄り添ってサービスを提供している。職員に対しては認知症ケア研修を実施し、利用者が不安、不快にならないよう寄り添ったケアに努めている。		
28	利用者家族との交流・連携を図っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■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。
(評価コメント) 参加時にはサービス提供票にバイタルやパワリハ利用機種、セット数、負荷の数値等と体操、脳トレ、レク等の参加状況、次回の参加予定日、お迎えの時間、メッセージが記入され、家族との連絡帳になっている。家族参加のイベント案内は特に企画していないが、送迎時に家族とコミュニケーションを図ったり、電話での連絡を活用している。		

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"> ■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。
<p>(評価コメント)</p> <p>感染対策マニュアルを用意し、コロナ禍でも利用継続ができるよう環境整備、消毒、手洗い等清潔保持に努めた。半日デイサービスの為、食事の提供は無いが、ノロウイルス等の時期には感染対策の研修も職員会議で行っている。</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。
<p>(評価コメント)</p> <p>事故発生時、緊急時対応マニュアル、災害時の対応についてのマニュアルを用意し、ヒヤリハット報告書もファイリングされ再発防止に努めている。</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)</p> <p>非常災害時の避難訓練については実施はしていないが、家族の連絡手順、避難方法について職員会議で話し合い、連携医療機関、主治医の連絡先は個人ファイルに記載されている。今後、利用者を交えての避難訓練等を企画して欲しい。</p>		