

## 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 人材パワーアップセンター
所 在 地	千葉県松戸市栗山542-2
評価実施期間	平成29年 2月 23日～平成 29年 2月 23日

### 2 受審事業者情報

#### (1) 基本情報

名 称 (フリガナ)	やわらぎの郷 ヤワラギノサト		
所 在 地	〒272-0801 千葉県市川市大町438-2		
交通手段	JR武蔵野線 市川大野駅より京成バス 大町行きバス 乗車7分 下大町のバス停で下車 徒歩で5分		
電 話	047-337-6121	FAX	047-337-2113
ホームページ	<a href="http://www.yawaraginosato.jp/">http://www.yawaraginosato.jp/</a>		
経 営 法 人	社会福祉法人 幸志会		
開設年月日	平成17年4月1日		
介護保険事業所番号	1270801556	指定年月日	平成17年4月1日
併設しているサービス	介護老人福祉施設 短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護 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・鎌ヶ谷市		
定 員	50名		
協力提携病院	一条会病院・新東京病院・大野中央病院		
送迎体制	送迎車10台		
敷地面積	4,341,26㎡	建物面積(延床面積)	4,203,86㎡
利 用 日	月曜日～土曜日・祝祭日		
利用時間	9:15～16:30 延長サービス 18:30まで		
休 日	日曜日・年末年始		
健康管理	バイタルチェック 月1回体重測定		
利用料金	厚生労働大臣が定める基準		
食事等の工夫	主長 米飯・主粥・ミキリ一粥から選択 副長 常食・刻み・極刻み ミキサー食から選択 提供時に個別に盛り付けを行う		
入浴施設・体制	1F 大浴場・チェア浴・特殊浴 2F 個浴4か所 3F 個浴4か所 大浴場は2対1 後はマンツーマン対応		
機能訓練	個別機能訓練Ⅰ・Ⅱ		
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
	12	10	22	
職種別従業者数	生活相談員	看護職員	介護職員	
	3	3	7	
	機能訓練指導員	事務員	その他従業者	
	3	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	
	5	0	4	
	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	原則、居宅の介護支援専門員からの依頼		
申請窓口開設時間	9：00～17：00		
申請時注意事項			
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	お客様を第一に考え、お迎えの送迎の挨拶から帰りの挨拶まできめ細かいサービスを提供します。
特 徴	従来の介護施設のイメージを取り除きお洒落な雰囲気でのサービスとは思えない大人の空間でゆったり寛げます。
利用（希望）者へのPR	ゴールデンレトリバーとトイプードルがあなたをお出迎え致します。また、併設の喫茶店にてご飲食・買い物をお友達と一緒にいたしませんか？女子会・男子会を毎日開催いたしております。ゆったりとした雰囲気の中で思い思いの過ごし方をお手伝いします。

## 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
<p>前回第三者評価時に比し、全般的に特に読みとれた点</p> <p>「やわらぎを大切にする」という理念を掲げ開設10年を迎えた今、ハードの拡充と共に人的サービスが一段と充実されてきている状況が随所にうかがえます。アンケートでは「清潔、安心・安全への配慮」「職員の丁寧な対応」「サービス内容についての施設からの説明」といった点について80%を超える利用者満足度を示す数字が示されています。「通所介護」の大きな柱である送迎業務では、安全・確実な送迎という目標に向けて事業所全体で一丸となって取り組んでいます。</p>
<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。</p> <p>利用者一人ひとりの状態の変化などの情報は、介護記録、申し送りノートやドライバーズノートに記載して伝達し職員間で共有しています。また、朝のミーティングで口頭で情報を伝達することもあります。サービス計画書や日々の個人記録については書面やパソコン内の共有データで情報の把握ができるので、職員間のコミュニケーションはとれています。</p>
<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。</p> <p>送迎マニュアルはないが「ドライバーズノート」(利用者のその日の情報を運転手に伝えるノート)を活用して効果的な送迎を行っています。利用者の乗車時間が最大30分以内になるよう日々の人数の調整、送迎ルートの変更に配慮しています。到着時にはウエルカムドリンクを提供し、帰宅時には音楽を流すなどして利用者の時間の過ごし方に配慮しています。送迎時は短時間に集中して業務が行われますが、職員は笑顔を持ってしかも迅速に対応しています。</p>
さらに取り組みが望まれるところ
<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。</p> <p>事業計画が中長期的視点を踏まえて具体的に計画されていることは確認できませんでした。事業計画は、経営理念、基本方針等を踏まえて12項目の年間計画を立案していますが、いずれも単年度に限られたものであって中長期的視点を踏まえたものではありません。事業計画もその可能性、継続性、将来性を考慮する際には、中長期的視点に立った考察を欠かすことはできません。また、職員の就労の安定性のためにも極めて重要な視点だと思われます。中長期的視点を踏まえた計画の立案を期待します。</p>
<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。</p> <p>事業計画では「研修体制の確立を図り、人材育成の推進」を掲げていますが、立案された職員の研修計画の内部研修と外部研修の一部にだけしか参加の実態が見られません。職員は事業経営の根幹に関わる存在でその研修参加、人材育成は事業運営の様々な分野に大きな影響を与えるものと思われます。事業計画に沿った地道な研修参加、人材育成に期待します。</p>
<p>(評価を受けて、受審事業者の取り組み)</p> <p>前回の評価から6年間行ってきた取り組みの評価を、真摯に受け止め更なる飛躍に繋げていきたいと思っております。</p> <p>①中・長期計画を運営会議にて口頭で伝え理解を深め、会議録用いて全職員に周知徹底を行っております。</p> <p>②教育・研修計画を更により良いものにしていく為に、足りない課題を洗い出し随時練り直しております。</p>

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。	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。	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。	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。		3	1
		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	2
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。	5	1
			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。	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	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。	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。	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。	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。			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。	3	2	
		計	101	17	

## 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"> <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)</p> <p>理念として「私たちは和(やわらぎ)を大切にします」を掲げ、それを尊重して運営しています。毎年の事業計画書はもちろん、パンフレット(2種類)にも明記しています。具体的な事業計画からは法人の使命や目指す方向、考え方を読みとることができます。</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"> <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)</p> <p>施設内に「理念」を掲示して、職員や利用者等に見られるように配慮しています。毎月、管理職以上のメンバーで開かれる運営会議では事業所の「理念、基本方針」等について再確認がされ、会議録として職員にも回覧し周知するようにしています。但し、理念に関する研修は実施されていません。</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"> <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)</p> <p>契約する際には、利用者、家族に対して理念等が記載されているパンフレットを示し、その趣旨等丁寧に説明し理解を得て契約しています。昨年10月に事業所全体を通しての家族会が結成され、その発足の際にもパンフレットを会員に渡し事業所の理念、基本方針などについて説明しています。そのほか、日常の業務の中でも折に触れて理念が実際の現場でいかされるように話しています。</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"> <li><input type="checkbox"/> 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)</p> <p>他の福祉サービスも含め事業所全体としての事業計画を策定し、事業所の理念、基本方針を踏まえた12項目の重要課題(年間計画)を設定しています。年間計画は、自治体(市川市)の福祉行政や地域の介護業界の動向などを踏まえて策定し、事業環境の変化に合わせて修正、改善を行っています。ただ、事業計画は単年度の計画に留まっています中長期的な視点が十分でないくらいはあります。</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"> <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)</p> <p>年間をとおしてイベントの大小にかかわらず、職員からの発案を管理者と話し合っています。通所介護の場合、組織が小さいのでそれだけを協議するという組織はできていませんが、運営会議の結果の話し合い、申し送り等によってすべての職員の間でコミュニケーションはとれています。イベント終了後にも評価を行い、次回に生かすようにしています。</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"> <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)</p> <p>運営会議では、職員、利用者、家族などの意見を十分に把握して基本方針を立て福祉サービスの向上に向けた方策を協議しています。管理者は方策の実施に際し、職員の創意や工夫が生まれ、意欲や自信が育つような職場作りをしています。その結果、職員から男性の利用者のうち趣味(麻雀、碁)にも会話にも参加しない方にどのように関与したらよいかや従来のレクリエーションに加えて新しく「アクセサリー作り」をスタートさせる等の提案例があります。</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><input type="checkbox"/> 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><input type="checkbox"/> 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) 事業所全体で制定している「倫理規定」(平成17年制定)があり、新採用の際に職員に配布しています。ただ、職員に対して倫理や法令順守についての研修は実施されていません。事業所の年間計画(基本方針)にも研修体制の確立やコンプライアンスの遵守といった事項を掲げていますが、実際には実現できていません。	
8	<p>人事方針を策定し、人事を計画的・組織的に進め、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"> <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、従業員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) 人事を担当しているのは、法人の事務局で各現場の管理者代理の立場にある者は直接の権限はありません。職務権限規定を策定し、それに基づいて職員の評価基準や評価方法を明らかにして人事評価をしています。評価の結果、職員からの希望等については直接説明をしています。また、職員からの個別の提案に対しては一つひとつ対応をしています。	
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"> <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) 職員の有給休暇の消化や時間外労働の管理業務を担当する部署は設置されており、そこでチェックをしています。通所介護の場合、フロア係と入浴係の担当の割振りが問題になりますが、職員の希望を聞いて改善計画を立てています。毎月10日までの勤務シフト作成の際、職員個々に対し休暇や勤務時間の希望を聞いて調整しています。会議で発言がしやすいように事前に打合せをしたり個々に意見を聞いたりして配慮しています。福利厚生については殆ど実施していません。	
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"> <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) キャリアアップ計画は作成しています。給与規定もあり、その中に期待能力基準を明示しています。研修計画は基本計画の中に立てていますが、十分には実施されていないのが実情です。また、個別育成計画やOJTの仕組みづくり等は、現在策定中です。	
11	<p>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。</p> <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) 経営理念の基本方針に利用者の意思及び人格の尊重を明示し、事故防止、身体拘束廃止の新人研修、職員研修を各々年2回行っています。利用者尊重や基本的人権への配慮に関する法の基本理念を研修に加える事を望みます。職員は利用者のプライバシーと羞恥心に十分配慮した支援を行っています。利用者から同性介護の要望があれば同性介助に対応しています。虐待を早期発見した際には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えています。	
12	<p>個人情報保護に関する規定を公表し徹底を図っている。</p> <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) 法人のホームページにおいて個人情報保護の方針について開示しています。個人情報保護に関する規定や方針、個人情報の利用目的や取り組みを明確にしています。利用者および家族には契約時に、個人情報の取扱いについて説明し同意書を得ています。また、要望があればサービス提供記録の開示を行う事も併せて伝えています。	
13	<p>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。</p> <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) 職員は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、送迎時の家族とのコミュニケーションを大切に要望、苦情、相談も受け付けています。また、利用者の意見、要望等を聞き、ミーティングや申し送りの時に検討、改善を行っています。食事イベントなどアンケートを取り、よりたかい満足を得るための工夫をしています。	
14	<p>苦情又は意見を受け付ける仕組みがある</p> <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)

契約時に重要事項説明書に相談、苦情等対応窓口及び担当者を記載し、契約時に家族に説明しています。マニュアルを整備し、相談、苦情に迅速に対応し、利用者及び家族に経緯を説明し、納得いくまで対応しています。相談、苦情等は苦情対応ノートに記載し、ミーティングで問題点の改善を検討し、経過や結果も記載しています。

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>■ 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>
<p>(評価コメント)</p> <p>月に1度、全体の運営会議を施設長、副施設長、ケアマネ、看護師、相談員、介護職員、管理栄養士、リハビリ、事務で執り行い、事業所全体としてのサービスの質の向上や介護方法の見直しや改善等を検討し、会議録もあります。通所のミーティングでも随時サービス内容の検討、改善を行っていますが、記録はありません。職員が統一した対応ができる様に記録する事を望みます。</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"> <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>□ 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>
<p>(評価コメント)</p> <p>特養と共通のケアマニュアルがあり、マニュアルに基づき特養と合同で研修を行っています。共通のケアマニュアルは事務所に置かれ、職員は活用していますが、現在、通所介護のマニュアルやチェックシート等を作成中です。サービス改善に向けて、組織としての体制を整備中です。</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"> <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>■ 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>
<p>(評価コメント)</p> <p>職員が利用者宅を訪問し、入所担当が重要事項説明書のサービス提供内容や利用者負担金等についてわかりやすく説明し、利用者や家族の同意を得ています。また、その場で質問等も聞き対応しています。パンフレットは日常の様子を写真で紹介しており、イメージしやすい資料となっています。</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"> <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>■ 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>
<p>(評価コメント)</p> <p>利用前に、ケアマネ、介護職員等で利用者、家族から身体状態や過去の生活背景、利用者や家族の要望等を聞き取っています。通所介護計画はケアマネが作成した居宅サービス計画に基づき作成し、利用者の意向や課題に沿った目標設定と目標を達成する為の内容を関係職員で協議し設定しています。サービス計画はサービス担当者会議にて利用者や家族に説明し、同意を得ています。</p>		
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>■ 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>■ 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>
<p>(評価コメント)</p> <p>通所介護計画は、基本的に6ヶ月に1回行います。利用者の心身状況やサービス内容に変化が生じた際にはケアマネ等とサービス担当者会議を開き、随時内容の見直しや変更を行っています。見直しの計画書作成後は、再度ご家族へ説明し同意の上、関連する各セクションに配布して情報の共有を行っています。問題が生じた場合や容態の急変時などについては重要事項説明書に明示しています。</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"> <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>
<p>(評価コメント)</p> <p>職員は利用者状況を毎日、個人の介護記録や申し送りノート、ドライバースノート(送迎時の注意点等)に記載し、情報交換を行っています。利用者の状態に変化があった場合には、ミーティングで口頭でも伝達される仕組みがあります。サービス計画書や日々の個人記録については書面や各場所に設置しているパソコン内の共有データで情報の把握ができ、各職員が活用しています。</p>		
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>
<p>(評価コメント)</p> <p>利用者が食事を楽しめる工夫をしています。摂食状況を把握し、体重チェックをして、問題があれば栄養士と情報を交換しています。給食委員会で利用者、職員それぞれの意見、要望を聞いて献立を作成しています。朝の会でその日のメニューを紹介したり、座席の配慮、配膳の気配り等工夫しています。</p>		

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、排泄の介助はマニュアルに沿って行っていますが、ケアの見直しや実施状況等、職員が情報を共有できていません。現在、マニュアルの見直しも含め、「入浴・排泄介助のチェックシート」を策定中です。今後そのチェックシートを活用して、入浴、排泄介助の定期的な見直しや必要な改善ができることを期待します。		
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) 健康管理のマニュアルは作成していませんが、看護師によるバイタルチェックは行っています。また、そこで問題があった場合の対応も整備しています。口腔機能向上については、リハビリの一環として「早口ことば」等レクリエーションで行っていますが、口腔機能向上として独立した計画、実施、確認等ができていません。口腔機能向上の重要性を認識され取り組みの強化に期待します		
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) 本人に必要な訓練計画を自宅訪問により作成し、機能訓練士により実施しています。また、機能訓練士により「手引き歩行」でトイレに行くこと等個別対応をしています。日常の生活の場ではレクリエーションの中で、毎日30分の「ゴムヒモ体操」や「早口ことば」等、利用者が楽しんで取り組める工夫をしています。		
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) どのようにしたら利用者が快適に過ごせるかを考え、利用者の声を聞きながら環境整備、個別対応を行っています。さまざまな内容のプログラムを用意していますが、男性向けのプログラムについては課題が残ります。男性利用者の声を聞きながら、男性利用者も興味を持てるプログラム作りを期待します。		
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"> <li>□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。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> </ul>
(評価コメント) 送迎についてのマニュアルはありませんが、ドライバーズノートを活用し、乗車時間が長くないようルートの確認、乗車人数の配慮等心がけています。待ち時間にウエルカムドリンク(ゆず・こぶ・しょうが茶)を出し、帰りの際には音楽を流したり利用者がくつろげるように工夫しています。サービス内容の維持向上のためには現場依存だけでなく新人でも取り組めるようにマニュアルの整備は大切です。		
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"> <li>□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。</li> <li>□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。</li> <li>■「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。</li> </ul>
(評価コメント) 利用者のうちで認知症の方は3～4人で、その人たちに対し個別サービスを工夫して行っています。認知症への対応及び認知症ケアに関するマニュアルはありません。また、研修も実施していません。現在認知症の利用者は少ないとしても認知症予備軍の存在、今後急速に認知症の人口が増える傾向は否定できません、今後の取り組みに期待します。		
28	利用者家族との交流・連携を図っている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> </ul>

(評価コメント) 連絡ノートを積極的に活用して家族とのコミュニケーションはよくとれています。また、イベント等の案内も連絡帳に入れて誘っています。昨年は家族会を発足させ、意見交換や、懇談会の場を増やす努力が評価できます。		
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"> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■介護職員の清潔保持や健康管理を行っている。</li> </ul>
(評価コメント) 職員の健康管理は行っています。その防止策も実施しています。感染症予防等のマニュアルを整備し、研修も行っています。感染症委員会を設置し、流行の時期には毎月開催し予防に力を入れています。		
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"> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> </ul>
(評価コメント) 事故防止安全委員会を設置し、事故やヒヤリハットの事例を検討分析し、再発防止策を考え実行しています。それを全職員が共有しています。業務中のヒヤリハットを毎月集計、分析、検討し、それらの中で利用者のリスクを抽出、その対策を講じ利用者の安全確保に取り組んでいます。		
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"> <li>■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。</li> <li>□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。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>□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。</li> </ul>
(評価コメント) 緊急時の対応としてマニュアルを作成し、その中で職員の役割分担を明示しています。また、さまざまな災害を想定した訓練をしています。災害時、通報する関係機関の一覧や職員の緊急連絡網等、全職員がひと目でわかる工夫が必要です。		