

千葉県福祉サービス第三者評価の評価結果
(認知症対応型通所介護)

1 評価機関

名 称	NPO法人ヒューマン・ネットワーク
所 在 地	千葉県船橋市丸山2丁目10番15号
評価実施期間	平成30年 5月 25日～平成30年 9月 30日

2 受審事業者情報

(1) 基本情報

名 称 (フリガナ)	デイホーム西の浜 デイホームニシノハマ		
所 在 地	294-0043 千葉県館山市沼865		
交通手段	JR館山駅よりバスにて10分 富浦ICより車で約15分		
電 話	0470-23-3319	F A X	0470-23-3392
ホームページ	http://www.makinomi.co.jp/		
経 営 法 人	株式会社ケアサービス・まきの実		
開設年月日	平成20年10月1日		
介護保険事業所番号	1291000071	指定年月日	平成20年10月1日
併設しているサービス			

(2) サービス内容

対象地域	館山市		
定 員	12名		
協力提携病院	医療法人社団 慶勝会 赤門整形外科内科		
送迎体制	有		
敷地面積	671.07㎡	建物面積(延床面積)	115.05㎡
利 用 日	月～土		
利用時間	9:00～16:30		
休 日	日曜日、1/1、1/2、1/3		
健康管理	午前・午後バイタル測定、体調確認、服薬管理、体重測定		
利用料金	介護保険適用利用料金及び加算については利用時間及び自己負担割合による。介護保険外サービス料としての自己負担金。		
食事等の工夫	旬の食材を使用し季節を感じて頂く。禁忌食の把握、嚥下状態、口腔トラブル、義歯不具合、嗜好、体調に合わせた食事形態、トロミ等必要に応じて個別に提供を行っている。 職員、他利用者様と共に食事が摂れる環境づくりやバイキング形式で好みの物をご自身で選択できる行事への取り組み。		
入浴施設・体制	民家を使用している為、一般の浴室、浴槽、シャワー、脱衣場である。浴室・浴槽への入り口に手すり設置。入浴担当1名と皮膚及び全身観察を行えるよう看護師が待機している。		
機能訓練	個別機能訓練加算、生活機能向上連携加算2		

地域との交流	行事や託児所訪問等交流を図っている。
--------	--------------------

(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
		6	3	9
職種別従業者数	生活相談員	看護職員	介護職員	
	2	1	6	
	機能訓練指導員	事務員	その他従業者	
	1			
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	
	4		2	
	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	担当の介護支援員、地域包括、当方への直接申し込み、問い合わせ		
申請窓口開設時間	8：30～17：30		
申請時注意事項	要支援、要介護認定を受け、認知症診断を受けている人		
苦情対応	窓口設置	苦情窓口 担当 本部 鈴木	
	第三者委員の設置	無	

3 事業者から利用（希望）者の皆様へ

サービス方針	<ul style="list-style-type: none"> 利用者様一人ひとりに寄り添った個別ケアの充実を図る。 報告・連絡・相談を怠らず、統一した心のこもったチームケアを目指す。
特 徴	<p>純和風の平屋建てと果樹や四季折々の草花が広がり、普通のお宅に訪れた様な家庭的な雰囲気施設の施設です。敷居や段差をあえて残し自然に足が挙がる様機能維持に努めています。また和室ではご状態に合わせ個別に職員が寄り添い、安心して安楽な環境を整えています。</p>
利用（希望）者へのPR	<ul style="list-style-type: none"> 認知症対応型通所施設として、少人数制で、看護、介護専門スタッフが利用者様一人ひとりに寄り添いご状態に合わせた食事、入浴、排泄介助を行っています。 認知症の進行の緩和ケアを行っています。 残存機能維持に努め利用者様の要望に応じたアクティビティの提供を行い在宅生活が継続出来る様に努めています。 毎月行われる行事や日々利用者様と関わりを持つ中で笑顔が絶えないサービス支援に取り組んでいます。

福祉サービス第三者評価総合コメント

デイホーム西の浜

NPO法人ヒューマン・ネットワーク

特に力を入れて取り組んでいること
1. チームで考え行動する職員を育て、利用者・家族の満足につながっている
管理者は協調性やチームワークを大切に、職員一人ひとりのスキルを育てながらチームとして動ける人材を育てている。利用者・家族の日々の状態変化に合わせ報告・連絡・相談・確認を繰り返し、職員同士で話し合い、話し合う機会を多く持つことで、業務の標準化やケアの統一が図られている。日々、職員と共に利用者・家族に向き合い、職員全員が同じ方向性を持ってチームとして取り組む姿勢を育て、情報共有や統一したケアなど「チームで考え行動する」ことに結集して取り組んでいる。この取り組みの成果が利用者・家族の満足につながっている。
2. 家族との情報共有が良く、ケアマネジャー・病院とも連携して取り組んでいる
家族に対して行事の写真が掲載された広報誌を送付し、利用日には連絡帳にバイタル・食分量・連絡事項等を記載しその日の写真を載せて様子を伝えている。また、家族からの連絡事項の受信や送迎時には送迎職員から情報を伝え家族から直接話を聞いて共有している。利用者との関わりを深め、一人暮らしの人の電話が通じない時は確認行く等の支援も行われている。利用者の変化に気づいた時はケアマネジャーに伝え家族へのアドバイスも行われ、また、病院受診時にはホームでの変化を伝えて受診に役立て連携して取り組んでいる。
3. 働きやすい、働き甲斐のある職場環境づくりに努めている
管理者は職員意見の尊重や自主性を促し、職員同士助け合い指摘し合う職場作りに努めている。管理者・職員、職員同士のコミュニケーションが良く、活性化した職場環境が得られている。人事考課の面談では業務遂行状況や今後の課題、処遇について説明し職員のモチベーション向上につながるようフィードバックが実行されている。事業所内保育所、産前産後休暇、介護休業取得など働きやすく、休みも取得しやすい環境が整備されている。職員の働き甲斐の良さが利用者・家族の満足につながり、職員の定着率の高さに表れている。
さらに取り組みが望まれるところ
1. 会議を開催しPDCAを回すよう取り組むことを期待したい
日々の申し送りミーティング時に話し合い情報共有は行われている。しかし午前・午後の限られた申し送り時に行われる為に利用者対応が主になり、決定事項の伝達や調整・研修などが簡略化されがちである。更により良い利用者サービスを提供するためにも、会議の時間を設け継続的に日頃の取り組みや振り返り、評価を行いPDCAを回すよう取り組むことを期待したい。
2. 防災マニュアルの想定パターンに基づいたシミュレーション訓練が望まれる
非常災害時の対応手順や役割分担等について定められたマニュアルが整備されている。防災訓練は火災を想定し、利用者の生命を第一に考え、どの様に誘導・避難させるかの取り組みが繰り返し行われている。防災マニュアルは台風・火災等を想定し、停電・断水等パターンを基にホームで起こる事を想定して問題点から対策を実施する内容となっている。防災マニュアルに基づいたシミュレーション訓練の実施が望まれる。
(評価を受けて、受審事業者の取組み)
第三者評価を受審し、現在提供しているサービスについて改めて見直す良い機会になったと考える。特に課題とされている決定事項伝達や調整・研修報告などが簡略化される傾向にあることについては、職員間での認識の差異を無くしていく意味でも、必要な時間として確保に努めていきたいと考える。また、認識の差異を無くしていくことが、事業所目標にもある「統一したケア」に繋がると考えている。更に、受審の中で得られたご家族様アンケートの評価を、よく吟味し今後のサービス向上にもつなげていきたいと考える。

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・基本方針の確立	1 理念や基本方針が明文化されている。	3		
			2 理念・基本方針の周知	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。	3		
				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		
			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		
			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。	5		
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 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			
			13 利用者満足の向上	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		
			14 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			
			16 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。	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			
	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			
			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。	4	
					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	
6 安全管理			利用者の安全確保	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。	3					
	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					
	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					117	1	

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) 法人の理念として「ホスピタリティーのある質の高い福祉・介護の提供と地域の方に必要とされる存在となる」ことがホームページ、パンフレットに明記されている。介護を受ける方々の「そのひとらしさを尊重する」ことをもっとも大切に、情熱と誠意をもってサービスを提供することを誓い、ホームの目標・課題として専門的・包括的な支援、サービスの実施を目指すことが明文化されている。</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) 入社のおしおりに理念が記載されており、職員に配布し理解・周知されている。事務所内で見えやすい場所に法人理念と、理念に基づいた西の浜2018年度目標を掲示している。定期的な運営会議、管理者ミーティング、申し送りなどでも各事業所からの報告などについて理念・基本方針に振り返って周知することに努めている。職員は理念・目標を意識した支援に努め、ホームで問題や課題が発生した時には職員同士で理念を確認し、話し合い「どうしたらより良いケアができるのか」に戻り、自身の行動を常に反省し改めている。</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) 契約時に相談員がパンフレットに記載されている3項目の基本理念と私たちの誓いを説明し、同意を得ている。毎日の連絡帳には利用者のホームでのその日の様子(談笑、体操など)を写真付きで分かりやすく伝えている。2か月に一度、ご家族に配布される広報誌「西の浜通信」には利用者の沢山の笑顔の写真であふれ、日々の様子や外出先での明るい表情や実践していることを伝えている。</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>法人事業計画には活動目標や数値目標を明示している。定期的実施されている運営会議、管理者会議等で経営状況及び法人目標の周知を図っている。ホームでは計画達成のために「個別ケアの充実、チームケア」を目標に掲げ、各自が課題を持って行動している。目標を達成するために行動を検討し、反省、評価・改善に向け方針を話し合い繰り返しPDCAを行うことに取り組んでいる。</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。 ■ 年度終了時よりも、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) 定期的実施される運営会議、管理者ミーティングにて財務状況や遂行状況の確認と反省、改善等の報告がなされている。ホームでは会議での決定事項や計画の進捗状況を管理者が朝、夕の申し送り時や、法人内情報共有システムにて職員一人ひとりに伝え、周知を図っている。小規模の施設であり、ホームの計画や課題、方針について管理者と職員が常に話し合い決定する取り組みが行われている。</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、事業所の理念や思いを大切に、同じ方向性を持って、全職員が専門的、質の高い介護サービスに取り組むことを目指している。常に職員一人ひとりのモチベーションを上げることに努め、職員の良い所を言葉で表し、体調やメンタルなどに気を配り、働きやすい環境を整えている。組織の全体像を見ながら、担当業務など希望の確認と適正を見だし、適材適所の取り組みが行われている。職員からの相談や面接の際は十分な時間を設け、不満や悩みを把握しモチベーションを上げ意欲を持った職場環境作りに努めている。</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)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) 入社時に誓約書を取り交わし、研修では個人の尊厳、接遇などの倫理や個人情報などの法令遵守の周知が行われている。また、ホームの研修会でも「倫理・法令遵守・プライバシー保護、身体拘束・虐待防止」などの倫理関連の研修が行われている。職員同士、日々の記録から振り返り、人としての尊厳や人権を守り、平等に対応する等について話し合う取り組みを日常的に行い周知を図っている。</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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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) 人事規定に人事方針や職務権限規程が作成され、職員の役割と権限が明確になっている。年2回人事考課を行い職員は自己評価を行っている。評価基準は効果シート及び法人内情報共有システムにも記載され全職員がいつでも閲覧可能である。自己評価シートは役職別に5段階に分けられ、専門性や計画性などの業務遂行、資質について25項目を自己評価し、一次考課、二次考課を副主任・管理者・人事部長と段階的に評価し、公平・公正な評価に努めている。評価結果を管理者が面接時にフィードバックし説明している。		
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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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) 毎月の勤務集計により職員の勤務状況を把握している。有給休暇取得や時間外労働について分析して業務改善につなげている。勤務表作成時に希望休の聴取を行いできるだけ反映するようにし、体調不良になどの突発的な休暇に対しても職員がお互いカバーして対処する体制がある。年2回の個別面接や日常的に個人の問題や職務の悩みを聞き取り、良い所を伸ばし職員が長く勤められる環境作りに努めている。		
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"> ■ 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) 新人育成や人事異動の職員には先輩の育成担当者がつくOJT制度があり職員育成制度として有効に機能している。現職員には自己評価と目標シートで自身の目標を設定し上司の指導や面談を受け育成している。キャリアアップ段位育成制度の導入に伴いアセッサーである管理者が今後、職員のキャリア段位取得に向けた指導を行う取り組みが予定されている。		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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) 安全管理委員会の中でも虐待や身体拘束についての研修があり、ホームでは新聞記事などから身体拘束や虐待について申し送りの時に話し合い、虐待防止に努めている。管理者は「座ってて、待ってて」などの言葉使いや職員同士の雑談など馴れ合いの関係がみられた時にはその場で注意し、申し送り時に全職員に伝えている。動き回る利用者を遠くから見守り、独りを好む利用者へも配慮している。また、利用者の意思や尊厳を尊重し羞恥心に配慮した排泄・入浴介助を行っている。		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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) 個人情報保護方針を掲げホームページ、重要事項説明書に記載し、ホームの利用開始時に説明するとともに、ホーム玄関にも掲示し周知に努めている。契約時に会議での個人情報の開示や広報誌・ホームページでの画像掲載について説明し同意を得ている。日々の連絡帳の写真はダブルチェックを行い厳格に注意している。作品展などでの名前の掲示に注意し、今回の第三者評価受審にあたり利用者情報を確認することについて利用者・家族の許可を得るなど個人情報保護を徹底している。		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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) 日々の送迎時のコミュニケーションを大切にし、連絡帳を通して意見・要望の収集に努め、相談や要望に対しては申し送り等で話し合い、対応は法人内情報共有システムに記録し全職員が確認しサービスの向上に努めている。職員は利用者・家族との信頼関係を作り、苦情や要望がたえやすい雰囲気をつくり、利用者満足の向上に取り組んでいる。今回の第三者評価において利用者アンケートを実施したが、過去に実施されていたホーム独自の利用者満足度調査の継続が望まれる。		
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"> ■ 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) 苦情・相談等に関する説明は契約時に重要事項説明書にて実施している。ホーム相談窓口や担当者、法人苦情窓口、市町村、県の担当窓口についても説明している。相談対応マニュアルがあり、相談や苦情があった時はマニュアルに即した対応をとり、記録を法人情報共有システム内の相談・連絡欄に記載し、原因と分析、対策を講じ「サービス改善報告書」に記録し情報を共有するなど組織的に対応する仕組みがある。		

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)利用者1人ひとりには、やりたい事や過ごし方に違いがある事を理解し寄り添った個別ケアに取り組んでいる。利用者の出来る事・出来ない事を見極め、出来なくなる事の実事を確認し利用者に教えてもらい次に何を提供するかを考えて支援が行われている。プライドを傷つけない様に利用者がやりたくなる・興味を持てる様に取り組む、夕方ブチ会議で話し合い次に繋げている。家族から在宅時の情報を聞き、職員との報連相を密にして何が原因かを考えたケアが行われている。管理者はチームとしてのケアをするために職員・ケアマネジャーの声をまとめて統一して実施している。		
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)サービス業務全般のマニュアルが整備され基本や手順が明確になっている。マニュアルの見直し時には日付を入れて最新の状態で管理されることが望まれる。インフルエンザが発生し感染症対策マニュアルの見直しが行われ予防策の強化が図られている。また、服薬管理マニュアルを基に受診後に変更があった時は個別対応表を見直し対応が行われている。新人の育成は研修プログラムに基づいて行われ年4回研修の実施やどこまで出来たかのレベル確認が行われている。		
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)サービス開始前に相談員はケアマネジャーと一緒に家庭を訪問し「困っている事・日々の生活の様子・好きな事等」を聞き、家族からの外出の機会・入浴等の質問に広報誌等を見せて答えている。また、利用者にとって案内できるかケアマネジャーと相談し、何回か訪問して会い、誘ってホームを見てもらい関係性を築いている。契約時には重要事項・契約書の説明と利用者の負担金について「料金表・1日の流れ・加算等」別紙を用いて分かり易く説明し同意を得ている。利用開始後は連絡帳や直接電話での連絡とケアマネジャーを通して連絡してくださいと伝えている。		
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)契約前のアセスメントの情報はフェースシートに記録し、ケアマネジャーからの基本情報の両方から再確認している。また、家族からも食事や好きな事等を確認している。居宅事業所の通所介護計画に沿って、管理者・職員・看護師・相談員が参加して担当者会議を開催し利用者のニーズや課題を明示して話し合い個別支援計画書を作成している。また、機能訓練指導員と職員が連携して個別機能訓練計画書を作成している。個別支援計画は利用者・家族に説明し同意を得ている。		
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"> ■ 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)個別支援計画は6か月毎に担当者会議を開催して見直しが行われている。サービス担当者会議に相談員また管理者が参加し、各関係者との意見交換や情報共有と今後のサービス内容の検討が行われ、内容は記録し共有している。利用者の状態変化時には担当者会議を開催して評価を行い居宅介護計画に沿って個別支援計画の見直しが行われている。個別訓練計画は3か月毎に評価し、6か月毎に内容が合っているか評価し見直しが行われている。		
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1人ひとりの情報は電子記録管理システムに記録されている。利用者1人ひとりにオーダー作成され全職員が情報を入力し、毎日見て確認をしてケアが行われている。前日に次の日の予定と前日の薬・皮膚等状態の変化した情報が赤字で表示され申し送りをしている。日直者が情報を統括して確認し、当日の変化は即伝達している。1日のやるべきサービス内容が表示され、実施した事をチェックするシステムとなっている。		
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)食事のマニュアルが作成され「嗜好・アレルギー・食形態等」が個別対応表に記載されている。利用者は日々変化するので嗜好や要望に応じて代替食、嚥下状態から刻み・おかゆ・トロミ食、アレルギー食には食札を使用して配膳前に確認をして提供している。栄養状態は体重の増減を確認し、連絡帳で報告をし自宅での食事摂取量を聞いて対応している。食事は旬の食材や陶器の食器を使用し、品数も多くバランスのとれた美味しい食事が提供されている。また、話題を提供して楽しい食事の時間の工夫が行われ、利用者は今ある力を活かして下さる等の手伝いをして遣り甲斐を感じている。握りずしを自分で選べるバイキングや敬老会・七夕には行事食を提供して楽しみな食事の工夫が行われている。		

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)入浴・排泄担当者がマニュアルを作成し、個別対応表に利用者毎の入浴介助・排泄介助一覧表が作成されこれに基づいてケアが行われている。利用者の変化に気づいた時は朝の申し送り時に状況と対応方法を伝えて共有し、状況変化時には個別対応表の見直しが行われている。入浴はいろいろな声掛けの工夫をして誘い、拒否の時は時間や職員を変えて対応し、状態を観察して2人介助やシャワー浴も行われている。また、全身の状態を観察して痣や傷は看護師・家族に相談をしている。排泄は利用者のリズムを確認しパターンを見て定時に声掛けをし、「トイレの理解・便座への腰掛・ズボンを下せない等」情報を共有し個別対応が行われている。</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作成され、利用者のフェースシートに「既往症・服薬状況・看護上の注意事項」が記載されている。日々バイタルチェックを行なって体重測定・血圧グラフが記録され、平常値と比較して体調の確認を行ない健康管理が行われている。変化時には検温をし平均値以上の時は入浴を取り止め受診を勧めている。また、認知症の人は訴えられず重篤化する事があるため、表情や水分摂取量を見て早期の発見を心がけている。口腔機能向上のため口腔体操、嚥下体操・歯垢のチェック等が行なわれている。</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)利用者毎に合わせた機能訓練計画書が作成され、3か月毎に直しが行われている。筋力維持・認知症状の緩和等日常生活動作の向上を目的として作成され、体調や意見を聞いて無理をしないで実施されている。「食事の下ごしらえ・洗濯物をたたみ・椅子に座って足踏み・つま先やかかとを上げ・果樹園での収穫やジャムづくり・カルタやビンゴゲーム等」日常生活の中で取り組み、コミュニケーションを図って達成感を感じ楽しめながら実施されている。</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)ホームで楽しく快適な生活が送れる様に利用者の好みや残存能力に合わせた「体操・歌・ゲーム・将棋等」のアクティビティを提供している。体操の時は表情を見てお茶の時間にして休息が出来る様に配慮している。職員は声のトーンには気をつけ、落ち着いて過ごせる様に照明を少し暗くし温度管理や匂いに配慮して快適な環境づくりが行われている。利用者の排泄後は職員が確認し汚れは清掃し、匂いは換気をして気配りしている。認知症の人は「自分を受け入れてくれる・意思が伝えられる・分かってくれる」利用者や職員との交流が一番うれしい事を理解して支援している。</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)安全送迎マニュアルが整備され、フェースシートに送迎時の注意点等を記載し個別対応表を作成して対応が行われ、送迎の時間や駐車位置等は申し送りをしている。また、「日々の乗り合わせ状況・時間のかかる人・待てない人等」申し送りが行われ、利用者に合わせて「送迎時間の変更・歩行低下の人は2人体勢・ルートの変更等」安全で負担にならない送迎が行なわれている。到着時はお茶や菓子を出し会話しながらバイタルチェックをして体調の確認をし、帰宅時はトイレに誘導し利用者がざわざわするので事故が起きない様に緊張して対応し、話題を提供し歌を歌って待ち時間の工夫をしている。</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)職員に対して認知症および認知症ケアに対する内部・外部研修の実施と医療・看護・介護が連携した基本的なケア研修を受講し理解を深めケアに活かされている。また、新人職員の育成は新人研修プログラムにより実施されている。認知症高齢者介護マニュアルが整備され個別対応表に沿って対応が行われ、「ケアの要点」の資料を使用して認知症ケア専門士による指導が行われている。利用者が不安な時には必ず原因がありその事を考え取り除く事で解決出来る取り組みを行い、また、寄り添って話を聞きポイントで話題を変え自尊心を受け入れてあげる支援が行われている。</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。
(評価コメント) 家族に対して行事の写真が掲載された広報誌を送付し、利用日には連絡帳に「バイタル・食事・連絡事項等」を記載しその日の写真を載せて伝えている。また、家族からの連絡事項や送迎時には送迎職員が情報を伝え直接話を聞いて共有している。利用者との関わりを深め、一人暮らしの人の電話が通じない時は確認行く等の支援も行われている。利用者の変化に気づいた時はケアマネジャーに伝え家族へのアドバイスが行われている。		
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・ハット事例等の検討している。 ■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) 感染症対応・食中毒発生防止対策マニュアルが整備され、年2回看護師による職員研修を実施して意識づけをしている。インフルエンザの発生時期には市からの通知の回覧や過去の事例を取り上げて周知して予防に努め、家族に手紙を出して体調管理等の注意喚起している。また、マスク・手洗・うがいを徹底し予防接種を行いインフルエンザ等を持ち込まない様に意識づけをしている。日頃から手すり・ドアのノブ・まな板等の消毒をし、発生時期には刺身等の生ものは出さないようにして配慮している。		
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) 「怪我・病態変化等緊急時の連絡フォローと利用者一覧、転倒・転落発生時の流れ、アクシデント・ヒヤリハット報告システム、通所利用者の急変時の対応等」事故発生時の緊急マニュアルが整備されている。転倒事故発生時には事故報告書を作成し原因・防止対策が検討され家族に説明をしている。安全管理委員会に報告されグループ全体として情報を共有し、ミーティングを開催して事例を話し合い注意喚起が行われている。		
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) 非常災害時の対応手順や役割分担等について定められたマニュアルと関係機関連絡先一覧表・緊急連絡網が整備されている。防災委員会が災害対策シートを作成し職員へ周知している。防災訓練は火災を想定して年2回「初期消火・通報・避難誘導」が人命第一を考えてどう避難させるかの取り組みが行われている。また、防災マニュアルに沿ったシミュレーション訓練の実施が望まれる。道路の寸断等の被災により帰宅できない事を想定して非常食や宿泊等の対策を講じている。		