

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 ACOBA
所 在 地	千葉県我孫子市本町3-4-17
評価実施期間	令和6年7月1日～ 令和6年10月15日

2 受審事業者情報

(1) 基本情報

名 称 (フリガナ)	デイホーム柏崎 デイホームカシワザキ		
所 在 地	〒294-0034 千葉県館山市沼1627-2		
交通手段	館山駅よりバスで約10分 富浦ICより車で約15分		
電 話	0470-25-5337	FAX	0470-22-8101
ホームページ	kashiwazaki@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16年8月1日		
介護保険事業所番号	1271000448	指定年月日	平成16年8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	あり 送迎車4台		
敷地面積	507.76㎡	建物面積(延床面積)	140.35㎡
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	バイタル測定、検温、健康チェックシート、入浴時全身・皮膚観察		
利用料金	介護保険適用料金は介護度、利用時間及び自己負担割合による。加算がある。介護保険がサービス料として食事代650円、日用品費50円がある。		
食事等の工夫	事業所内台所にて調理している為、匂いや見た目 五感季節が感じられる食材から回想したり、下ごしらえや盛り付けを手伝ってもらうこともある 利用者の嗜好や嚥下状態に合わせ、素材や形態を変えている。		
入浴施設・体制	民家を使ったら施設の為、浴室、浴槽、脱衣場は自宅の環境と差がない。 脱衣場から浴室、また浴槽への入り口には手すりや滑り止めを設置している。 日々の入浴担当者は1名で全身の状態と皮膚の観察を行い、ご自身で洗えないと所など不十分な所の介助をしている。また、一人ずつゆっくりと安心して入浴できるよう配慮している。		
機能訓練	個々に必要な訓練を、機能訓練士を中心に計画し実施している。		
地域との交流	運営推進会議で民生委員、包括支援センターと情報交換をしている。 各地区で行われている活動に参加し交流を持つようにしている。		

(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
	7	3	10	機能訓練士
職種別従業者数	生活相談員	看護職員	介護職員	
	3		6	生活相談員は管理者・介護職が兼務
	機能訓練指導員	事務員	その他従業者	
	2		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	
	3		1	
	訪問介護員3級	介護支援専門員	社会福祉主事任用	
			2	

(4) サービス利用のための情報

利用申込方法	支援センター、担当ケアマネジャー、若しくは直接事業所ご相談ください		
申請窓口開設時間	8：30～17：30		
申請時注意事項	館山市に住所がある事 介護申請しているか、またはこれから申請する予定の方		
苦情対応	窓口設置	事業者、市町村、国保連	
	第三者委員の設置	なし	

3 事業者から利用（希望）者の皆様へ

サービス方針	<p>要支援・要介護状態となり、認知症を患ったとしても、その方が住み慣れた土地、家での生活が、出来る限り長く継続できるよう、その方の有する能力に応じ、入浴、排泄、食事の介助、その他全般にわたる援助を行います。</p> <p>また、利用者の社会的孤立の解消及び心身機能の維持、利用者家族の身体的・精神的負担の軽減に努めます。</p> <p>さらに、行政、医療、その他の福祉サービスとの連携を図り、ご利用者・ご家族様が安心して生活が送れるよう努めます。</p>
特 徴	<p>平成16年、館山市初の「認知症対応型通所介護事業所」として誕生しました。建物は2階建ての民家で、周りの住宅に溶け込むように存在し、自宅に近い環境の中でゆったりと過ごすことができます。</p> <p>近隣に赤門整形外科内科、地域包括支援センター、居宅支援事業所、薬局などがあり、連携を図りながら包括的な支援を行える環境にあります。</p>
利用（希望）者へのPR	<p>機能訓練、レクリエーション、回想、そして他者との会話や交流など、「心身共に元気になっていただけること」また、ご利用者・ご家族様の「笑顔のために出来ること」を常に考えた、あたたかいケアを目指しています。</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
<p>1.信頼のデイサービス</p> <p>当ホームは館山市で初の「認知症対応型通所介護事業」として開設され、約20年が過ぎた。これまで蓄積した認知症ケアに対応するノウハウ、経験や技術を活かして、様々な症状の利用者や家族の「笑顔のためにできること」を常に考えて、職員が一丸となり日々認知症ケアの実践に取り組んでいる。今回実施した利用者アンケートでは「サービスに対する丁寧な事前説明から始まり、利用者の安心・安全・体調へ配慮したケア、家族や利用者の要望に対する対応、食事がおいしい」など運営サービスに満足していると答えた方が多く、ホームへの信頼が厚いことが分かる。また、多くの利用者が週2回以上、1年以上利用しており、5年以上の方もいるなどの利用状況もホームへの信頼の証であろう。</p>
<p>2. 地域との連携の包括的なサービスの提供</p> <p>ホームの近隣には経営母体の病院、同一法人の経営する居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、薬局があり、これらの認知症専門医、介護支援専門員と日常から連携を取りケアを行っている。さらに、地域包括支援センターの職員、区長、民生委員、利用者家族から構成した運営推進会議を年2回開催し、情報を交換している。サービスの内容等を明らかにして、地域や利用者家族と連携してサービスの質の確保につとめており、地域に開かれたデイホームの存在を示している。</p>
<p>3. 介護ソフトや業務管理ソフト活用による業務効率化と質の高いサービスの提供</p> <p>介護ソフトや業務管理ソフト等の利用歴は長く、利用者ごとの日々の支援やバイタルデータ、家族への連絡帳、各種文書管理、勤怠記録などほとんどの業務はこれらのソフトで共有している。全職員がタブレットやパソコンで情報共有をはかり、ペーパーレスを基本とし日常ケアに活用している。各種目的に応じてアウトプットされるデータを共有し、業務の効率化、働きやすい職場環境を作り上げ、質の高いサービスの提供に繋げている。</p>
<p>4. 在宅生活が継続できるよう心身ともに支える認知症型通所介護</p> <p>自宅と同じような民家風建物の中で「近くのお家にちょっとお出かけ」の感覚で認知症の方が安心して過ごせる場所となっており、一人ひとりに沿った丁寧なケアが実践されている。跨ぐために足を上げる、手摺を意識的に持つなど自然な行動が職員の声掛けで行われ、自分で出来る事が出来るように適切な声かけとケアで可能にしている。利用者を心身ともに支える介護が実践されており、家族の休息の時間を生み出している。住み慣れた自宅でこれまでと同じように少しでも長く暮らよう利用者や家族を支える通所介護の実践が行われている。</p>
さらに取り組みが望まれること)
<p>1.口腔機能の向上をめざすために</p> <p>食事前に嚥下体操や口腔体操を行って安全に食事が出来るようにしており、食後のうがいと歯磨きを行っている。口腔機能向上サービスの計画書や評価に必要な書式は導入されているが未だ利用されずにいる。手続きや費用の面で該当者がいない場合もあるかと思われるが、実施することにより、新たなケアの気づきや視点が得られるので関係者と相談の上、検討されることを期待したい。</p>
<p>2. 生活や介護に関する情報提供・相談・助言の機会の確保</p> <p>今回の利用者・家族アンケートでは「ホームのサービス全体については大変満足されて」いるが、「問9生活や介護に関する情報提供・相談・助言の機会の確保」の項目についてはやや低い満足度となっている。認知症の症状が変化していく利用者の在宅生活時における介護対応について、家族は専門家の助言や情報提供を受けることを望んでいることかと思われる。相談しやすい雰囲気のもと、認知症ケアの専門であるホーム職員から積極的に利用者・家族に働きかけるなどして、情報提供・助言の機会を確保することをお願いしたい。</p>
評価を受けて受審事業者の取組
<p>今回の第三者評価の受審で評価員の方々に評価を頂き、改めてまきの実環境に恵まれている事が分かりました。「先進的」「レベルが高い」「医療のバックアップがある」などの高い評価を受けて、このような環境下で働くことが出来ている事に感謝して働かなければならないなと思いました。働いている中で自覚出来ていなかったこと、言葉に詰まるところを「こういう事ではないか」と表現してもらいすっきりするところもありました。口腔機能向上の為の加算など「利用者様にとって必要な事」「自分たちの新たなケアの気づきや視点を得るため」と認識して実施を目指したいと思います。</p> <p>「介護に関する情報提供・相談・助言の機会の確保」について利用者・家族の思いに気づかない事やこちらからの働きかけが弱かった点などを反省し、連絡帳や送迎の機会等だけではなくもっと気軽に相談できる雰囲気を作り、定期的な訪問や相談、認知症についての話をするなどの機会を作っていきたいと思います。今回の受審の機会は不足の事を見直し、より良いケアを考え続ける大きな刺激となりました。</p> <p>ありがとうございました。</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	1 理念・基本方針	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		
			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	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		
			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。			3			
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			
		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			
合計				117	1	

項目別評価コメント (10月15日版)

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) 会社(以下「法人」という。)の3か条の基本理念と「私たちの誓い」がケアサービス・まきの実のホームページ及びパンフレットに掲載されており、誰でも閲覧することが出来る。「私たちの誓い」には(介護を受ける方々の「その人らしさを尊重する」ことを最も大切に)と記載されている。また、ホームの運営の方針は、重要事項説明書に記載されている。</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・方針は事業所入口と2階の相談室の見えやすいところに掲示している。法人で作成した職員向けの「入社時のしおり」にもその記載があり、研修等で理解と共有化を図っている。介護の質の向上、利用者理解の為に理念や基本方針に基づいた話が職員間で日々、朝のミーティング行われ実践、反省を繰り返している。</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) 契約時、相談員がご自宅に訪問し、重要事項説明書に記載されている運営の方針を含めてすべての内容を読み上げて説明し、利用者・ご家族へから同意を得ている。また、ホームページに理念や基本方針が記されており、いつでも閲覧できることを利用者や家族に声掛けしている。利用時の様子を毎回連絡帳や送迎の際伝えている。また、日々の様子や取り組みを連絡帳内の写真やホームページに掲載している。</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) 法人の中期事業計画に沿って具体的に計画されている。年度末に当ホームの予算や研修計画等の今年度の分析を行い、課題を抽出し、事業計画書を作成して管理本部(財務)へと提出している。また会社内の通所の管理者によるミーティングを月1回行い、課題等を抽出し、組織としての共有も図っている。これらにより管理本部は会社全体の事業計画を作成している。認知症高齢者の増加、独居、老々介護等館山市の現状を踏まえ、利用者・家族が安心して暮らせる為に自事業所、会社、また年に2回運営推進会議を開催して地域ぐるみで課題を解決できるよう連携をとっている。</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) ホームの管理者が現場の状況や施設設備改善、行事等、計画の策定に当たっては職員に希望や意見や反省点を聞きながら進めているこれらについては全職員で共有している。当ホーム事業計画はあらかじめ定められた時期、手順に基づいて実施状況の把握、評価を行っている。</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) 理念・方針の実現、福祉サービスの質の向上のため、事業所目標を設定し、その目標達成に向けて職員の人事考課を行い、さらに業務の状況に対しての振り返りを行いながら、職員個々に合った役割分担、権限移譲を行い自信を持ち楽しく仕事ができるようにしている。朝夕のミーティングの際、利用者や介護等についての問題点や提案を職員間で自由に意見交換する時間をとり、一人一人が利用者に出ることを考え、実践できるように働きかけている。職場の人間関係については職員の発言等から把握し、主任とともに必要に応じ、助言・教育を行っている。</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) 法人で作成した「入社時のしおり」の中に「理念」「倫理規定」「倫理要綱」「法令遵守規程」があり、入社時に配布されるほかに、業務管理ソフト内にあり常に見ることが出来るようになってきている。1年に一度、4月に倫理及び法令遵守に関する研修を実施している。個人の尊厳については利用者別に考え、職員間で周知できるよう都度話し合う体制が出来ている。</p>

評価項目	標準項目
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) 組織が求める人材についてホームページに記載されており、基本的には各ホームの管理者が計画的に職員の採用をおこなっている。計画的・組織的に人事考課規程により職員の評価が年2回の人事考課面談によりおこなわれている。事業所目標を策定しその目標に即して個人目標を設定している。また、役割と職種などにより5段階に分類された期待能力ごとの自己評価シートを用いて、達成状況の評価をこなう。評価は全てそのまま職員にフィードバックされ、評価を確認しながら改善すべき点や今後の目標について示している。	
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) 管理部門の人事部を担当部署とし、月間で職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータの集計を行いデータをチェックしている。勤務表作成時に休みの希望を個々に聞き、有給休暇も公平に取りやすい体制を作っている。育児休業制度の取得の促進や部活動の補助、資格所得等に関する支援をおこなっている。	
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) 期待能力基準については、役割と職種などにより5段階に分類されておりその期待能力に応じた評価基準が明示されており、各段階をクリアすることにより、キャリアアップするようになっている。国家戦略の「介護キャリア段位制度」も採用している。事業所内では年間に「認知症の理解」「感染症対策」「権利擁護」などについて毎年繰り返し行う内容と新たな内容を取り入れながら研修を行っている。OJTは管理本部で企画した研修内容をホーム独自で行っている。新人研修はホーム内の新人研修担当者による3か月間の研修としてプログラミングされている。人事考課時個別の目標を明確にし各自が向上心をもって働けるように考えている。	
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。	<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) 毎年基本理念について学ぶとともに介護の実践の中で相手の立場になって考えることや認知症高齢者の方々の尊厳を守るための具体的な方法、声掛けについて職員が相互に振り返り、より良い対応がなされる様努めている。	
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) 個人情報保護に関する方針は、ホームページやパンフレットなどに公表されており事業所内に掲示し、職員や見学者などに対し周知している。個人情報の利用目的、サービス提供記録の開示については利用開始時「重要事項説明書」により管理者が読み上げて説明している。また、画像掲載については別に同意書があり説明と理解を得ている。プライバシー保護はホーム内でも研修されている。	
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 利用者満足度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) 日々の会話の中から本人の不満や満足把握するとともに家族とは送迎の際の会話や連絡帳を通して確認を行っている。また、問題と思われることについてこちらから改善に向けての提案をすることもある。問題点については、すぐに職員間で話し合い、改善に向けて取り組んでいる。管理者、職員は普段から利用者・家族とのコミュニケーションを取り誰もが窓口となり言いやすい環境を作っている。相談等については介護ソフトに記録している。	
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) 重要事項説明書の中の苦情申し立て先の項において、窓口及び担当者が明記されており、説明の上周知を図っている。相談・苦情に関するマニュアルがあり、対応については「サービス改善報告書」に記録され、即対応するとともに組織内でも周知し改善に努めている。改善内容については利用者、家族に対し説明をし理解を求めている。なお、苦情担当者名を玄関に掲示すればさらに良いものになろう。	

評価項目		標準項目
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) 毎朝、サービス開始前に利用者毎の状況変化や支援の留意することや改善点を話し合い、その改善点を「個別対応表」に記録して見直しを行っている。夕にも申し送りが持たれている。法人本部で構築された記録システムがあり、様々な記録と閲覧が可能であり、必要な情報を共有している。		
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) 基本的な各業務マニュアルは事務所内のパソコンで閲覧しているが、職員がすぐ見ることが出来る様にコピーをファイルして事務所に備えている。各種マニュアルは新人育成時に活用されている。感染症マニュアルは発生状況の変化に伴い、その時点で見直しと変更が頻繁に行われており、送迎マニュアルは職員の声を元に振り返りを行いフローチャートを更新して見直しを行っている。		
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) サービス開始時には居宅介護支援専門員からの資料をもとに管理者等が利用者宅に伺い、送迎時の注意点を把握している。重要事項説明書を全部読み上げ、当事業所で対象になっているサービス内容と料金、加算について分かりやすく説明し同意を得ている。特にこちらのホームは大きな所では出来ないことを少人数であり細やかな対応が可能なことを話している。利用者が安心出来る様に、通所中の利用者の笑顔の写真を見せるなどの工夫をしている。		
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) 介護ソフトの中にあるフェイスシートに居宅介護支援専門員の情報、利用者と家族の意向や利用者の生活歴、ADLや心身状況等が記録されている。居宅介護計画書を基に、課題や援助目標と内容が記載された通所介護計画書が作成されており、家族に説明して同意を得ている。		
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) 個別の通所介護計画書は居宅介護支援専門員が作成するケアプランに合わせて1年ごとに見直しと評価を実施している。区分変更された時や転倒や入院等の急変時には居宅介護支援専門員と相談し、職員と検討を行い具体的な介助方法を見直し、現状に合った支援を行っている。サービス担当者会議に必ず参加し、状況により開催できない場合には利用者と家族の要望を聞き利用回数を増やしたり、食事の形態を変更したり現状に合った支援を行っている。		
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) 介護ソフトに利用者のフェイスシート、通所介護計画書、モニタリング表、個別対応表や毎日のミーティング時の内容が記録され全職員が情報を共有する仕組みがあり、日々のケアに活用されている。状況の変化時に「申し送り」欄にチェックを入れ、赤字で入力して注意喚起を促している。業務管理ソフトを活用して連絡する仕組みがある。介護ソフトに記録した利用者の時系列の記録(バイタルサイン等)が家族への連絡帳に連動しており記録作業の軽減と正確な伝達が図られている。		
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) 利用開始時のアセスメントで聞いた食事の嗜好、禁食・アレルギー、食事形態、義歯の有無と嚥下状態等を個別対応表の食事欄にまとめて、本人の状態に合わせた食事の提供をしている。配膳時の名札の下に「おかゆ・刻み・飲み物はトロミ」と書いてわかりやすくしている。以前は調理担当者が調理していたが現在は利用者の状態をよく理解している介護職員が調理を行っている。行事食や季節を感じる旬の食材を取り入れ、栄養面と味付けに工夫して提供しており、美味しく食事をされている利用者の姿が見られた。		

評価項目		標準項目
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) 職員が部門別(入浴排泄・食事・行事レク・防災)の担当をする組織体制の元、各担当職員が中心となり年1回のマニュアルの見直しを行っている。個別対応表の「入浴・排泄」に記載されたその方への必要な配慮をしつつ安心安全な支援を心がけている。入浴の研修と入浴の個別対応見直しを年に合計3回行い、入浴サービスの質の向上を図っている。誘導時や介助時の声掛けに配慮をする事が実践され質の高いケアの確保に取り組んでいる。</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) 来所時にバイタルサインチェックを行い、健康状態に問題がある場合には入浴や食事を変更し、家族に連絡し介護支援専門員と連携して早期受診を勧め悪化防止ができるように配慮している。入浴時に皮膚状況他全身をさりげなく観察して介護ソフトに記録している。食前に口腔・嚥下体操を行い、食後うがいや歯磨きの介助を行っている。口腔機能向上サービス計画書、評価表等の関連書式は準備されているが、実施された利用者は未だいないので今後の取り組みに期待したい。</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) 機能訓練士が介護職員の意見を聞き、個別機能訓練計画書を作成し、利用者ごとに行う運動の一覧表もあり、評価と見直しをしている。民家を利用している為に、自宅と同じような環境で段差があるので、躓かないよう足をあげての跨ぎや手摺につかまる事を意識的に行い、在宅生活が継続していけるよう支援している。回想やクイズ、塗り絵などのレクリエーションや家事に参加し意欲的に楽しく日常生活に必要な機能の維持と回復ができるように支援を行っている。</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) 職員は日常的に利用者の得意な事や好きな事を考えて意見を出し合っており、今出来る事を見守りながら落ち着いた雰囲気の中で活動できるように配慮している。最近では直線縫いで出来る「ポケットティッシュケース」の製作が好評であった。布の配色を考え、針で縫えるように介助しつつ、完成した達成感を味わってもらうことが出来た。トイレの清掃と消毒を定時及びその都度行き安全に気持ちよく使用できるようにしている。</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) フェイスシートに送迎時の注意点欄があり、利用者の預かり・引き渡す場所、車酔いの有無、注意点や家族への確認事項が記載されており、送迎場所についても各人の希望に対応している。朝のミーティング時に送迎の時間、座席、送迎の経路の確認を行っている。自宅方面に合わせて乗車時間を最小限にする配慮をしたり、ドライブが好きな方には楽しめるようにと個別の対応をしている。</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) 年間研修計画に認知症研修が計画され、マニュアルや認知症ケアの資料はすぐ見ることが出来る所に置かれている。利用者とのかわりの中で利用者一人ひとりに沿った柔軟な対応ができるよう職員同志で話し合いを重ね、改善策を見出し、互いに学び合うようにしてケアの質の向上に取り組んでいる。「楽しかった。」と笑顔が見られることが職員の一歩の励みになっている。</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) 利用日に毎回ホームでの利用者の写真付きのその日の様子が分かる連絡帳が手渡されており、次回の利用日に「家族からの連絡事項」の欄があり活用している。送迎時に家族との会話を密にすることにより、家族とホームとの情報共有と連携ができるように配慮し、家族との送迎時の会話を記録するようにしている。サービス担当者会議に出席し、日々家族の要望を電話でも聞いている。行事は連絡帳を用いて知らせ、ホームページにも掲載している。現在も感染症を配慮して行事の参加を促すことは出来ない現状である。</p>		

評価項目		標準項目
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) 通所前のお迎え時に「健康チェックシート」で利用者の健康状況を把握し、来所後にまずバイタルサインを測定して発熱の有無を確認している。感染症マニュアルが整備されており、年間計画内に感染症と食中毒の研修が計画されている。ホーム内関係者で感染症発生時には直ぐに本人、家族、介護支援専門員等に連絡し、蔓延防止を図っている。職員は発熱や咳など体調不良時には直ちに上司に連絡し指示を仰ぐよう徹底しており、感染源を持ち込まない為、出退勤時に着替えをしている。</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。 ■ 事件事例、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) 事故発生時のマニュアルが整備されており、事業所での利用中に起こった事故報告と送迎中の車両事故報告を分けており、その原因を詳しく分析し、原因を考え具体的に実行できる対策を立て再発防止に努めている。「危険予知トレーニングシート」を活用して事故発生を日常的に予防できるよう取り組みを行っている。介護中にあったヒヤリハットを職員が提出しやすいようにして事故を未然に防げる取り組みが実践されている。</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) 非常災害時のマニュアルがあり、非常災害時に通報する関係期間の一覧、主治医、家族、その他緊急連絡先の一覧が整備されている。9月に災害時訓練、2月に防災訓練が行われている。津波対策として車で安全に寺に避難するようになっているが事前に台風や大波警報が出た場合、管理者と防災委員が本部と相談して休止にして安全を確保しており、独居の方宅へ訪問して安否確認を行っている。BCPは完成しており活用されている。</p>		