

福祉サービス第三者評価 評価結果報告書

社会福祉法人 県央福祉会
つきみ野かりん

平成30年11月19日

株式会社フィールズ

かながわ福祉サービス第三者評価推進機構 認証第6号

福祉サービス第三者評価結果報告書

| | | |
|--|----------|-----------------|
| | 〒 | 251-0024 |
| | 所在地 | 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 |
| | 評価機関名 | 株式会社フィールズ |
| | 認証評価機関番号 | 認証第6号 |
| | 電話番号 | 0466-29-2-9430 |
| | 代表者氏名 | 関野 保 |

以下のとおり評価を行いましたので報告します。

| 評価者氏名 | 評価者氏名 | | 修了者番号等 |
|---------------------------------|---|------------------|---------|
| | ① | 山口 圭子 | 神機構-316 |
| | ② | 山田 秀樹 | 神機構-260 |
| | ③ | 佐藤 章 | 神機構-911 |
| | ④ | | |
| | ⑤ | | |
| | ⑥ | | |
| 福祉サービス種別 | 通所介護 | | |
| 評価事業所名称 | つきみ野かりん | | |
| 評価事業所連絡先 | 〒 | 242-0001 | |
| | 所在地 | 神奈川県大和市下鶴間2160-1 | |
| | TEL | 046-204-5835 | |
| 評価事業所代表者 | 所長 仲野 美砂子 | | |
| 契約日 | 2018 | 年 3 月 2 日 | |
| 利用者調査実施日 | 2018 | 年 7 月 | |
| 利用者調査報告日 | 2018 | 年 9 月 14 日 | |
| 自己評価の調査開始日 | 2018 | 年 4 月 18 日 | |
| 自己評価報告日 | 2018 | 年 8 月 21 日 | |
| 訪問調査日 | 2018 | 年 9 月 21 日 | |
| 評価合議日 | 2018 | 年 9 月 21 日 | |
| コメント (評価の工夫点、第三者性確保のための措置など) | 利用者調査におけるアンケートの回収方法は、回答者から直接評価機関に郵送してもらう方法により回答者が意見を言いやすくなった。 第三者性を確保するため、評価機関内に第三者を含めた評価委員会を設けて相談できる体制を整えた。 | | |

| | |
|---|---|
| 1 | <p>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>1)人権の尊重とサービスの向上を図る</p> <p>2)インフォームドコンセント及びエンパワーメントを大切にした利用者主体の支援を行う</p> <p>3)地域との共生</p> <p>4)ニーズの多様化と複雑化に対応する人材の確保、育成の為の研修体制を充実する</p> |
| 2 | <p>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <p>法人の理念に共感し利用者の心に寄り添い思いやりを持って対応が出来る人材。</p> <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <p>コミュニケーション能力・柔軟性・向上心</p> |

| | |
|------|--|
| 調査対象 | 全利用者 |
| 調査方法 | 事業者より利用者にアンケートを配ってもらお、回収は無味名で返信封筒にて直接に評価機関に送付してもらった。 |

利用者総数 110

| | アンケート | 聞き取り | 計 |
|--------------------|-------|------|------|
| 共通評価項目による調査対象者数 | 110 | | 110 |
| 共通評価項目による調査の有効回答者数 | 75 | | 75 |
| 利用者総数に対する回答者割合(%) | 68.2 | 0.0 | 68.2 |

利用者調査全体のコメント

利用者の事業者に対する評価は回答者の84%が満足している。詳細では「大変満足」は28%と「満足」56%で累計で84%です。その一方で「不満」はゼロで「大変不満」が1名、その他が9名(12%)となっています。
自由記述でも「職員の対応」に感謝している回答者が複数いました。

利用者調査結果

| 共通評価項目 コメント | 実数 | | | |
|--|----|---------------|-----|------------|
| | はい | どちらとも いえない | いいえ | 無回答 非該当 |
| 1. 利用時の過ごし方は、個人のペースに合っているか | 63 | 7 | 1 | 4 |
| 「はい」の回答者が84%を占めています。 | | | | |
| 2. 食事の献立や食事介助は満足か | 30 | 5 | 1 | 39 |
| 「はい」が40%、「いいえ」が1%であり、「無回答・非該当」の回答者が52%を占めています。 | | | | |

| | | | | |
|---------------------------------------|----|----|---|----|
| 3. 利用者が必要と感じた介助が提供されているか | 64 | 1 | 1 | 9 |
| 「はい」の回答者が85%を占めています。 | | | | |
| 4. 利用中の楽しみな行事や活動があるか | 34 | 19 | 8 | 14 |
| 「いいえ」の回答者が11%を占めています。 | | | | |
| 5. 個別プランに基づいた事業所の活動・リハビリは、家での生活に役立つか | 56 | 14 | 0 | 5 |
| 「はい」の回答者が75%を占めています。 | | | | |
| 6. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか | 65 | 0 | 0 | 10 |
| 「はい」の回答者が87%を占めています。 | | | | |
| 7. 職員の接遇・態度は適切か | 71 | 0 | 2 | 2 |
| 「はい」の回答者が大半の95%を占めています。 | | | | |
| 8. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか | 59 | 3 | 0 | 13 |
| 「はい」の回答者が79%を占めています。 | | | | |
| 9. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか | 48 | 6 | 0 | 21 |
| 「はい」の回答者が64%であり、「無回答・非該当」も28%を占めています。 | | | | |

| | | | | |
|--|----|----|---|----|
| 10. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか | 66 | 5 | 0 | 4 |
| 「はい」の回答者が88%を占めています。 | | | | |
| 11. 利用者のプライバシーは守られているか | 62 | 7 | 0 | 6 |
| 「はい」の回答者が83.84%を占めています。 | | | | |
| 12. 個別の計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか | 53 | 9 | 0 | 13 |
| 「はい」の回答者が71%を占めています。 | | | | |
| 13. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか | 56 | 9 | 0 | 10 |
| 「はい」の回答者が75%を占めています。 | | | | |
| 14. 利用者の不満や要望は対応されているか | 55 | 6 | 1 | 13 |
| 「はい」の回答者が73%を占めています。 | | | | |
| 15. 外部の苦情窓口(行政や第三者委員等)にも相談できることを伝えられているか | 33 | 10 | 4 | 28 |
| 「はい」の回答者が44%を占め、「無回答・非該当」の回答者も33%あります。 | | | | |

I 組織マネジメント項目(カテゴリー1～5、7)

| | | |
|-----|--|---|
| No. | 共通評価項目 | |
| | カテゴリー1 | |
| 1 | リーダーシップと意思決定 | |
| | サブカテゴリー1(1-1) | |
| | 事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている | サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 7/7 |
| | 評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を周知している 評点(〇〇) | |
| | 評価 | 標準項目 |
| | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている <input type="radio"/> 非該当 |
| | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている <input type="radio"/> 非該当 |
| | 評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている 評点(〇〇) | |
| | 評価 | 標準項目 |
| | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている <input type="radio"/> 非該当 |
| | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している <input type="radio"/> 非該当 |
| | 評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している 評点(〇〇〇) | |
| | 評価 | 標準項目 |
| | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている <input type="radio"/> 非該当 |
| | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している <input type="radio"/> 非該当 |
| | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている <input type="radio"/> 非該当 |
| | カテゴリー1の講評 | |
| | 法人理念を掲示し、職員採用時に理念などの冊子を配っています 事業所入口には、法人理念を掲示しています。また、事務室、更衣室にも掲示しています。年度事業計画の冒頭に法人理念と基本方針を明記し、職員に周知をはかっています。非常勤職員にも入職時に入社時手続き一覧を配布していますが、その中に理念・基本方針を記載しています。 | |
| | 理念の具体化として事業計画を毎年作成し、職員に説明しています 毎年年度計画を作成し重点目標と重点課題を明示したうえで、取り組む業務、目標を掲げ、事業所のその年の方向性を示しています。業務の役割分担はシフトにもとづいて決め、それぞれの役割に応じて実施しています。 | |
| | 支援会議、職員会議で重要案件を扱っています 利用者に関する重要な事項は支援会議で検討し、対策を打っています。経営・運営に関する重要な案件は、法人レベルの案件は法人で扱われ、決定事項は職員会議で報告・伝達されます。事業所では毎月1回職員会議が開かれ、職員に事業所に関する重要事項を報告、伝達されています。欠席職員には必ず会議記録を回覧しています。事業所発行の新聞「つきみ野かりん通信」で利用者に、職員の異動や健康情報を伝えています。 | |
| | カテゴリー2 | |
| 2 | 事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行 | |
| | サブカテゴリー1(2-1) | |
| | 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している | サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 6/6 |

| | | | |
|--|---|-------------------|-------------------|
| 評価項目1 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している | | | 評点(000000) |
| 評価 | 標準項目 | | |
| ● あり ○ なし | 1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向について情報を収集し、ニーズを把握している | ○ 非該当 | |
| ● あり ○ なし | 2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している | ○ 非該当 | |
| ● あり ○ なし | 3. 地域の福祉の現状について情報を収集し、ニーズを把握している | ○ 非該当 | |
| ● あり ○ なし | 4. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)について情報を収集し、課題やニーズを把握している | ○ 非該当 | |
| ● あり ○ なし | 5. 事業所の経営状況を把握・検討している | ○ 非該当 | |
| ● あり ○ なし | 6. 把握したニーズ等や検討内容を踏まえ、事業所として対応すべき課題を抽出している | ○ 非該当 | |
| サブカテゴリー2(2-2) | | | |
| 実践的な計画策定に取り組んでいる | | サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 | 5/5 |
| 評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画及び単年度計画を策定している | | | 評点(000) |
| 評価 | 標準項目 | | |
| ● あり ○ なし | 1. 課題をふまえ、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画を策定している | ○ 非該当 | |
| ● あり ○ なし | 2. 中・長期計画をふまえた単年度計画を策定している | ○ 非該当 | |
| ● あり ○ なし | 3. 策定している計画に合わせた予算編成を行っている | ○ 非該当 | |
| 評価項目2 着実な計画の実行に取り組んでいる | | | 評点(00) |
| 評価 | 標準項目 | | |
| ● あり ○ なし | 1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた、計画の推進方法(体制、職員の役割や活動内容など)、目指す目標、達成度合いを測る指標を明示している | ○ 非該当 | |
| ● あり ○ なし | 2. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる | ○ 非該当 | |
| カテゴリー2の講評 | | | |
| <p>利用者に毎年アンケートを実施し、ニーズ把握を行っています</p> <p>毎年年度末の時期に、全15項目にわたるアンケートを利用者に行っています。利用者にはアンケート用紙を封筒に入れ、手渡しをして記入のお願いをしています。当事業所の場合は、100名を超える対象者がいます。アンケートには利用者のニーズの把握をより綿密にできるよう意見、要望の記入も可能になっています。</p> <p>多様な方法で福祉環境、地域の現状の把握を行っています</p> <p>地域包括支援センターからの情報収集を中心とし、ケアマネジャー連絡会、通所介護連絡会に参加して、地域の福祉の現状を定期的に把握し、所内に伝達しています。福祉事業全体の動向や行政・業界動向については、法人本部からの情報、関連機関のホームページ、会員登録した機関からのウェブニュース、研修参加など多様な方法で入手しています。</p> <p>長・中期計画にもとづき、年度計画策定→実行→チェックを行っています</p> <p>法人でのマスタープラン(5年計画)のもと、事業所での年度事業計画を作成し、承認を得た上で、職員に伝達・周知し、実行しています。半期に一度、計画の進捗をチェックし、下期との調整を行っています。計画と連動した予算をまとめた事業試算表をつくり、毎月予算の実施状況のチェックを行っています。</p> | | | |
| カテゴリー3 | | | |
| 3 | 経営における社会的責任 | | |
| サブカテゴリー1(3-1) | | | |

社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 **2/2**

評価項目1
社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知し、遵守されるよう取り組んでいる 評点(〇〇)

| 評価 | 標準項目 | |
|--|---|---------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 全職員に対して、社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などを周知し、理解が深まるよう取り組んでいる | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などが遵守されるよう取り組み、定期的に確認している。 | <input type="radio"/> 非該当 |

サブカテゴリ2(3-2)

利用者の権利擁護のために、組織的な取り組みを行っている サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 **4/4**

評価項目1
利用者の意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている 評点(〇〇)

| 評価 | 標準項目 | |
|--|--|---------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 利用者の意向(意見・要望・苦情)に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある | <input type="radio"/> 非該当 |

評価項目2
虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている 評点(〇〇)

| 評価 | 標準項目 | |
|--|---|---------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として関係機関と連携しながら対応する体制を整えている | <input type="radio"/> 非該当 |

サブカテゴリ3(3-3)

地域の福祉に役立つ取り組みを行っている サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 **5/5**

評価項目1
透明性を高め、地域との関係づくりに向けて取り組んでいる 評点(〇〇)

| 評価 | 標準項目 | |
|--|---|---------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 透明性を高めるために、事業所の活動内容を開示するなど開かれた組織となるよう取り組んでいる | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. ボランティア、実習生及び見学・体験する小・中学生などの受け入れ体制を整備している | <input type="radio"/> 非該当 |

評価項目2
地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている 評点(〇〇〇)

| 評価 | 標準項目 | |
|--|--|---------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 地域の福祉ニーズにもとづき、事業所の機能や専門性をいかした地域貢献の取り組みをしている | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 事業所が地域の一員としての役割を果たすため、地域関係機関のネットワーク(事業者連絡会、施設長会など)に参画している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働できる体制を整えて、取り組んでいる | <input type="radio"/> 非該当 |

カテゴリ3の講評

年度初めに、職員対象に規範・倫理等の研修を実施しています
 毎年年度初めに職員を対象に、支援会議のテーマで規範や倫理などに関して研修を実施し、周知徹底を図っています。また、利用者の権利擁護については、苦情解決のための制度を作り、事業所で掲示し、担当者一覧を定め、事業所発行新聞への掲載を行っています。利用者アンケートにより意見の中での苦情把握も行っていきます。

虐待防止対策を組織的に実施しています

年1回倫理行動綱領、倫理行動マニュアルを元に職員研修を行っています。虐待に関する職員育成のためのビデオを上映し、理解を深めています。法人の人権委員会による研修に参加して防止対策を学んでいます。支援会議で虐待防止の職員研修を実施しています。

月1回日曜講座を開催し、地域交流を深めています

月1回地域対象の日曜セミナー講座を開き、機能訓練につながりながら運動など指導し、地域の介護予防に貢献しています。自治会へは加入しており、地域の盆踊り、夏祭り、秋祭りに参加して交流を行っています。地域の福祉ネットワークには、通所介護、ケアマネジャーの各連絡会、地域包括支援センターとの利用者に関する情報交換など、日常的な活動を行い参加しています。

カテゴリ4

4 リスクマネジメント

サブカテゴリ1(4-1)

リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

4/4

評価項目1

標準項目の「あり」「なし」を選択してください

事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる

評点(0000)

| 評価 | 標準項目 | |
|--|--|---------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる | <input type="radio"/> 非該当 |

サブカテゴリ2(4-2)

事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

4/4

評価項目1

事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている

評点(0000)

| 評価 | 標準項目 | |
|--|---|---------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・管理している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している | <input type="radio"/> 非該当 |

カテゴリ4の講評

リスクの優先順位、事業継続計画の策定が期待されます

リスクマネジメントについては、法人全体で取り組む新しい経営課題ですが、事業所としては、従来から、リスクとみなされてきた災害(火災、地震、盗難等)については火災を最重点として対応しています。ただ、リスクのすべてを網羅した表などを作成し、優先順位をつけているという状態ではありません。また事業継続計画については、どういう計画を作成すべきかの理解が進んでいません。法人と連動してリスクマネジメントの全体像の把握と事業所レベルでの実施事項を定めることが期待されます。

事故、ヒヤリハットは要因分析を行った上で、対策・対応を行っています

事故とヒヤリハットに関しては、発生した場合は、対応を行った上で、事故報告書、ヒヤリハット報告書を作成しています。報告書は所内の職員全員にファイルで回覧している他、申し送りノートで周知を行っています。事故報告書は市の担当課へ報告しています。

法人規定に従い、事業所情報管理を行っています

情報管理については、法人レベルで規定を作成し、傘下の全事業所で規定にもとづいて実施しています。ファイルは保管場所を決めて閲覧できるようになっています。個人が特定できる書類は保管時に鍵をかけています。給与管理等金銭に関する情報を扱う際は、情報保護のため専用パソコンを使用しています。会計情報、保険請求情報のソフトには鍵(アクセス権)をかけています。

カテゴリー5

5 職員と組織の能力向上

サブカテゴリー1(5-1)

事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況

12/12

評価項目1

事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている

評点(〇〇)

| 評価 | 標準項目 | |
|--|--|---------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 事業所が求める人材の確保ができるよう工夫している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 事業所が求める人材、事業所の状況を踏まえ、育成や将来の人材構成を見据えた異動や配置に取り組んでいる | <input type="radio"/> 非該当 |

評価項目2

事業所の求める人材像に基づき人材育成計画を策定している

評点(〇〇)

| 評価 | 標準項目 | |
|--|---|---------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)が職員に分かりやすく周知されている | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)と連動した事業所の人材育成計画を策定している | <input type="radio"/> 非該当 |

評価項目3

事業所の求める人材像を踏まえた職員の育成に取り組んでいる

評点(〇〇〇〇)

| 評価 | 標準項目 | |
|--|---|---------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 勤務形態に関わらず、職員にさまざまな方法で研修等を実施している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 職員一人ひとりの意向や経験等に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. 職員一人ひとりの育成の成果を確認し、個人別の育成(研修)計画へ反映している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 4. 指導を担当する職員に対して、自らの役割を理解してより良い指導ができるよう組織的に支援を行っている | <input type="radio"/> 非該当 |

評価項目4

職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる

評点(〇〇〇〇)

| 評価 | 標準項目 | |
|--|--|---------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価と処遇(賃金、昇進・昇格等)・称賛などを連動させている | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、職場環境・健康・ストレスなど)を把握し、安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. 職員の意識を把握し、意欲と働きがいの向上に取り組んでいる | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 4. 職員間の良好な人間関係構築のための取り組みを行っている | <input type="radio"/> 非該当 |

サブカテゴリー2(5-2)

組織力の向上に取り組んでいる

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況

3/3

評価項目1

組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に取り組んでいる

評点(〇〇〇)

| 評価 | 標準項目 | |
|----|------|--|
|----|------|--|

| | | |
|--|--|---------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 職員一人ひとりが学んだ研修内容を、レポートや発表等を通じて共有化している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに話し合い、サービスの質の向上や業務改善に活かす仕組みを設けている | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. 目標達成や課題解決に向けて、チームでの活動が効果的に進むよう取り組んでいる | <input type="radio"/> 非該当 |

カテゴリ5の講評

職員の採用にあたっては、採用前研修を実習で行っています

職員を採用するにあたっては、法人の理念を理解・共感し、福祉職員として自覚を持つ人材を採用しています。基本的には、法人において、採用前に5日間の実習研修を行い職員として合格かを評価した上で採用決定しています。適正かつ保有資格を活かした人員配置になるよう、面接にて本人の意向を聴き配属に反映しています。

職員のキャリアパスのため、資格取得を奨励しています

職員を長期的視野に立って育成するため、定期的に業務の評価と今後への育成の方向を決める個人面接を行っています。職員が資格取得した場合は、業務内容の調整を行っています。法人研修委員会において、階層別の研修を定期的実施して育成を図っています。業務内容をテーマ毎に項目化して、実施状況を職員が自己評価したチャレンジシートで上職と面接し、達成状況を相互に把握し、今後の能力向上のための話し合いを行っています。

組織力を維持・向上するため、打ち合わせ、各種会議を活用しています

毎朝、毎夕に打ち合わせを行い、日々の利用者状況を把握し、意見交換を行っています。連絡ノートに利用者状況を記入し、情報を共有しています。月1回職員会議、支援会議を開催しています。支援会議の際には各回テーマを定めて職員研修を行っています。例えば運営上の重要なテーマ、介護保険制度、緊急時・災害時対応、高齢者の栄養、虐待防止、感染症・食中毒予防などの研修を年12回行っています。

カテゴリ7

7 事業所の重要課題に対する組織的な活動

サブカテゴリ1(7-1)

事業所の重要課題に対して、目標設定・取り組み・結果の検証・次期の事業活動等への反映を行っている

評価項目1

事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その1)

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

目標: 地域貢献

可能な限り住み慣れた地域や自宅で日常生活を送ることを望む人が多いということから、地域の住民がより健康的に生活できるような場や機会を提供し、相談窓口になることで地域貢献をする、という目標を掲げています。

そのため、月1回日曜日に健康に関するセミナーを地域対象に開催しています。また、近隣の高齢者の人が当事業所で行っている機能訓練に参加していただける機会を設けています。通常で10名ほどの参加、多い時で15、16名の近隣の方が参加し、機能訓練運動を楽しまれています。

今後は一人暮らしの方々と繋がりを持ち、サポートしていくこと、当事業所が高齢者の孤立を防ぐコミュニティサロンとして利用されること、などの展望をもっています。

| | |
|------------|--|
| 目標の設定と取り組み | <input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った <input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった <input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった |
| 取り組みの検証 | <input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行ってなかった(目標設定を行ってなかった場合も含む) <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である |
| 検証結果の反映 | <input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である |

評価項目1で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

地域貢献を当事業所の特性を生かして、具体的に何をすべきかを検討して決め、組織的に実行しています。地域に事業所を開放することで、当事業所の地域に密着した活動を知ってもらっています。また、健康づくりと介護予防の活動の他、健康相談窓口の役割も担い、積極的に地域のニーズと連動して運営を進めていくとの意向をもっています。更には、将来的には一人暮らしの高齢者へのサポート、コミュニティサロンとして利用までの展望をもっています。

評価項目2

事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その2)

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

評語を選択してください

目標:安定した事業経営

介護保険法改正により、通所介護事業でのサービス単価が下がったため、事業経営の改善を行う必要がありました。そのため、事業活動を活発化し、収支の改善を図っていくという方向で取り組みました。具体的な取り組みとして

- ・稼働率を上げる工夫としてリピーターや新規利用者を増やす
- ・ケアマネジャー、包括支援センターとのコミュニケーションの増大
- ・担当者会議への積極的参加により、多職種との連携を強化し、よりきめ細かい個別ケアの実施
- ・毎月の収支試算表のバランス確認と減収時の原因把握による対策の実施

その結果

- ・利用者の5名増加による、利用率の向上
- ・実施プログラム増加など、よりきめ細かい個別ケアの実施
- ・収支バランスの改善

が行われました。更に次年度に向け、職員一人ひとりの能力発揮により、業務改善提案を出して事業所運営に参加してもらい、より効率的な運営を目指す意向をもっています。

| | |
|------------|---|
| 目標の設定と取り組み | <input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った <input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった <input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった |
| 取り組みの検証 | <input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む) <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である |
| 検証結果の反映 | <input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である |

評価項目2で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

法改正に対応し、事業所経営をより発展的方向に導く施策を目標として掲げ、着実に実行して成果を上げています。収支の現状を月単位で把握しつつ、利用者、利用率を増やし収支改善活動を、よりきめ細かいサービスの実施や地域福祉関係者とのコミュニケーション力強化なども含めて目標に設定し、着実に実行しています。更には今後将来行いたいこともしっかりと認識しています。

Ⅱ サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1~3、6-5~6)

| No. | 共通評価項目 | |
|-----|---|---|
| | サブカテゴリ1 | |
| 1 | サービス情報の提供 | サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4 |
| | 評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している | |
| | | 評点(0000) |
| | 評価 | 標準項目 |
| | ● あり ○ なし | 1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している |
| | ○ 非該当 | |
| | ● あり ○ なし | 2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている |
| | ○ 非該当 | |
| | ● あり ○ なし | 3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している |
| | ○ 非該当 | |
| | ● あり ○ なし | 4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している |
| | ○ 非該当 | |
| | サブカテゴリ1の講評 | |
| | 事業所情報の公開を利用者、利用希望者に行っています 利用希望者には、法人ホームページに当事業所のサービス情報を紹介し、定期的に内容を更新しています。事業所作成のA4二つ折りのカラーパンフレットを希望者に配布しています。月1回A4表裏カラーの「つきみ野かりん通信」を編集発行し利用者及び利用者家族に配布しています。例えば本年7月号には、新入スタッフの自己紹介をイラスト入りで、管理者からの運営体制の変更のお知らせ、看護師からの健康豆知識(脱水症状)、おやつ作りのレシピ、相談窓口電話番号など、カラー、イラストを交え平易なわかりやすい言葉で編集しています。 市担当課、県に事業所情報を提供しています。 市の担当課、関連課には、事業所の情報を要請に応じて提供しています。また、事故報告書など報告事項もその都度、必要事項を記入の上提出しています。神奈川県介護サービスの情報公表に事業所情報を提供しています。 見学には、個別状況に対応できる体制で臨んでいます 利用希望者等の問い合わせや要望、見学希望には担当者を決め、随時対応できる体制を敷いています。見学はサービス内容を見学して頂きたいため、営業日に限って行っています。 | |
| | サブカテゴリ2 | |
| 2 | サービスの開始・終了時の対応 | サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/7 |
| | 評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている | |
| | | 評点(000) |
| | 評価 | 標準項目 |
| | ● あり ○ なし | 1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している |
| | ○ 非該当 | |
| | ● あり ○ なし | 2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている |
| | ○ 非該当 | |
| | ● あり ○ なし | 3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している |
| | ○ 非該当 | |

| 評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている | | | 評点(0000) |
|--|--|-------------------|----------|
| 評価 | 標準項目 | | |
| ● あり ○ なし | 1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している | | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている | | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている | | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている | | ○ 非該当 |
| サブカテゴリー2の講評 | | | |
| <p>事業所情報の公開を利用者他、関係機関に行っています 利用希望者には、法人ホームページに当事業所のサービス情報を紹介し、定期的に内容を更新しています。事業所作成のA4二つ折りのカラーパンフレットを希望者に配布しています。月1回A4表裏カラーの「つきみ野かりん通信」を編集発行し利用者家族他に配布しています。事業所玄関には、運営規定や事業計画などを掲示しています。神奈川県介護サービスの情報公表に事業所情報を提供しています。利用希望者等の問い合わせや要望、見学希望には担当者を決め、随時対応できる体制になっています。</p> <p>通所介護利用の問い合わせにはサービス内容を丁寧に説明しています 通所介護利用の問い合わせお際には、利用内容や契約内容、重要事項など丁寧に説明しています。利用契約を結ぶにあたっては、規約書内容、重要事項説明書、運営規定など利用上理解してほしい事項を説明し、同意の署名を得ています。利用上での利用者や家族の希望・意向を聴き、記録をしています。</p> <p>サービス開始と終了時に、利用者の不安解消を図っています サービス開始時には見学や契約締結時に知り得た情報をアセスメントシートに記録したり、担当者会議録に記録し、職員へ周知しています。新入利用者の個人ファイルを作成し、閲覧可能にします。アセスメントシート、担当者会議録に利用前の生活状況を把握し、利用者にあった機能訓練を行っています。サービス終了時には、再利用可能である旨利用者に伝えています。</p> | | | |
| サブカテゴリー3 | | | |
| 3 | 個別状況に応じた計画策定・記録 | サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 | 11/11 |
| 評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している | | | 評点(000) |
| 評価 | 標準項目 | | |
| ● あり ○ なし | 1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している | | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している | | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている | | ○ 非該当 |

| | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------|
| 評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の介護計画を作成している | | 評点(0000) |
| 評価 | 標準項目 | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 4. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している | <input type="radio"/> 非該当 |

| | | |
|--|---|---------------------------|
| 評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している | | 評点(00) |
| 評価 | 標準項目 | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している | <input type="radio"/> 非該当 |

| | | |
|--|---|---------------------------|
| 評価項目4 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している | | 評点(00) |
| 評価 | 標準項目 | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している | <input type="radio"/> 非該当 |

サブカテゴリ3の講評

事業所独自のアセスメント表を使用し、利用者の状態を詳細に把握しています

契約時に相談員が自宅訪問をし、利用者の心身状況や生活状況についてアセスメントを行っています。事業所独自のアセスメント表には、利用者の希望、健康状態、主治医、身体状況、コミュニケーションなどの他に送迎時の座席の希望なども聞いて記録しています。アセスメント表を基に理学療法士や作業療法士が通所介護計画書を作成しています。3か月毎に通所介護計画書を見直し、その際に体力測定を行い身体機能の状態を把握しています。

朝会・夕会・申し送りノートなどで利用者の情報を共有しています

毎朝8時30分から朝会と18時からの夕会で申し送りをし、利用者の情報を共有しています。毎月1回職員会議と利用者について話し合う支援会議を開催して職員の意見を聞いています。申し送りノートについては利用者なことなど伝えたいことを記入して、全職員が見るようにしています。またサービス担当者会議に参加し、本人・家族・介護支援専門員・サービス事業者でサービスについての話し合いを持ち、本人の意向を確認して、チームとして連携しながら共通認識の基に支援を行っています。

| サブカテゴリ5 | | | |
|--|---|---------------------------|-----|
| 5 | プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重 | サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 | 5/5 |
| 評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している | | 評点(000) | |
| 評価 | 標準項目 | | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている | <input type="radio"/> 非該当 | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている | <input type="radio"/> 非該当 | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている | <input type="radio"/> 非該当 | |
| 評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している | | 評点(00) | |
| 評価 | 標準項目 | | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている) | <input type="radio"/> 非該当 | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている | <input type="radio"/> 非該当 | |
| サブカテゴリ5の講評 | | | |
| <p>アセスメントの際に利用者の希望を把握し、個人意思の尊重をしています</p> <p>アセスメントの際に、利用者の希望や状態を把握し、食事、排泄、機能訓練の際に反映しています。機能訓練では、身体状況を本人に聞いて、理学療法士や作業療法士による計測の際に希望を聞いて運動メニューの作成を行って実施しています。食事はどのような形態で行うのか、入浴は機械浴か一般浴かなど利用者の希望を把握して、サービス提供を行っています。</p> <p>排泄、入浴時に利用者プライバシーの保護を行っています</p> <p>通所介護事業所で行われる排泄、入浴の際は利用者のプライバシー保護のため、必ずドア、カーテンの開閉を行っています。</p> <p>利用者個人情報の保護を行っています</p> <p>契約時に個人情報の保護の契約を行っています。個人当りの郵便物、郵送物がある場合は直接手渡しをしています。個人の住所・氏名が記された書類を廃棄する場合は必ず外部に漏れないようシュレッダーなどで処理しています。利用者の個人ファイルは鍵のかかる戸棚に収納しています。</p> | | | |
| サブカテゴリ6 | | | |
| 6 | 事業所業務の標準化 | サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 | 5/5 |
| 評価項目1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている | | 評点(000) | |
| 評価 | 標準項目 | | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている | <input type="radio"/> 非該当 | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている | <input type="radio"/> 非該当 | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している | <input type="radio"/> 非該当 | |

| 評価項目2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている | | 評点(〇〇) |
|---|--|--------|
| 評価 | 標準項目 | |
| ● あり ○ なし | 1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は改変の時期や見直しの基準が定められている | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている | ○ 非該当 |
| サブカテゴリ6の講評 | | |
| <p>職員は、業務上不明なことがある場合、手引書を読んでいます</p> <p>職員がわからないことが出た場合、申し送りノート、個人ファイルを見て読んでいます。サービスの内容については手引書(マニュアル)を見て理解しています。マニュアルは職員の目の届くところに置いてあり、いつでも取り出して読むことができます。</p> <p>事業所作成のマニュアルを使用しています</p> <p>当事業所では、法人作成のマニュアルをベースにして作成した事業所のマニュアルを法人マニュアルと併用して使用しています。機能訓練事業所という特性から、機能訓練に使用する各種運動機器のマニュアルもあり精読して利用者の安全を守るようにしています。ただ、管理者は事業所の標準的な業務の水準を見直し、業務の取り組みや点検等の改善を行ってマニュアルの改正をしたいとの意向を持っています。</p> | | |

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

| | | サブカテゴリー4 | |
|---|--|-------------------|-------|
| サービスの実施項目 | | サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 | |
| | | 38 / 38 | |
| 1 評価項目1 介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している | | | |
| 評点(〇〇〇〇) | | | |
| 評価 | 標準項目 | | |
| ● あり ○ なし | 1. 介護計画に基づいて支援を行っている | | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している | | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 3. 利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている | | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 4. 利用者の支援は家族や関係機関、関係職員が連携をとって行っている | | ○ 非該当 |
| 評価項目1の講評 | | | |
| <p>通所介護計画書に基づき個別プログラムの支援を行っています</p> <p>個別の通所介護計画書は理学療法士か作業療法士が一日コース、半日コースに分けて10種類の運動の中から状態に応じた個別プログラムを作成しています。介護職員は介護計画書の個別運動プログラムの内容を確認し、マシンのセッティングや負荷などのチェック、利用者の付き添い、訓練中の見守りなどを行っています。また毎日個別運動プログラムの前に、理学療法士や作業療法士の指導で、椅子に座って1時間ストレッチ体操などの準備体操を行っています。</p> <p>利用者の状態に合わせたコミュニケーションをとっています</p> <p>レクリエーションプログラムのビンゴやかるた、脳トレなどをしながらコミュニケーションをとっています。積極的に話題を提供し、職員を交えて利用者同士のコミュニケーションを図っています。認知機能が低下した利用者の脳トレなどのレクリエーションには、職員が一緒に付いて声掛けや分からないことの説明をしています。難聴の利用者には、筆談で伝えたり、ホワイトボードを用いて利用者同士のコミュニケーションをとるなどしています。テレビの字幕を出すなど、利用者の状態に合わせた工夫をしています。</p> <p>利用者のアセスメントを基に、出来ることは自分でしてもらっています</p> <p>アセスメント表で利用者のADLの状況を把握し、着衣の着脱や洗体など出来ることはできるだけ自分で行ってもらい、自立した生活を支援しています。朝夕のミーティングで利用者の状況を職員同士で情報交換しています。家族とは連絡帳で事業所での様子を知らせたり、家族からの希望などを知らせてもらうなどのやり取りを行っています。また介護支援専門員とは居宅介護支援計画書を貰ったり、担当者会議に参加するなど情報共有しています。</p> | | | |
| 2 評価項目2 栄養バランスを考慮したうえで、おいしい食事を出している | | | |
| 評点(〇〇〇〇) | | | |
| 評価 | 標準項目 | | |
| ● あり ○ なし | 1. 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている | | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 2. 利用者の状態や嗜好に応じて献立を工夫している | | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 3. 食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる | | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 4. 食事を楽しむ工夫をしている | | ○ 非該当 |

評価項目2の講評

食物アレルギー対応や利用者の状態に合わせた形態で食事提供しています

昼食は同法人の事業所に委託し、は毎日配達されたものを温め直したり盛り付けなどを行い提供しています。アレルギーなどで食べられない食品と利用者の名前の一覧表が調理室に貼ってあり、トレーにも目印をつけ、一般食と区別をしています。また利用者の咀嚼や嚥下の状況により、一口大や刻み食、おかゆなどに対応しています。また発熱などで体調が優れない時などは看護師の判断で1時間位時間をずらしたり、食欲がない場合はおかゆに替えたりもしています。

食後好みで、コーヒーや紅茶を出して、食事が楽しくなるようにしています

毎食後職員が食事の感想を聞いて、利用者の嗜好を配食先の事業所にファックスで伝えています。年1回管理者と職員で配食先の事業所と味付けや献立などを話し合い、要望を伝えています。食事介助をする利用者はいませんが、食事中は職員が見守りを行っています。食器は陶器を使用し、食事の席は話やすい環境にしています。食後希望者には、ドリップコーヒーや紅茶のサービスをし、ゆっくり食事を楽しんでもらえるように配慮しています。

3 評価項目3

【入浴介助体制のある事業者のみ】

入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている

評点(〇〇〇〇)

| 評価 | 標準項目 | |
|-----------|--|-------|
| ● あり ○ なし | 1. 入浴前に利用者の健康状態のチェックをしている | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 2. 利用者の状態に応じた入浴方法や介助を行っている | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 3. 入浴時には利用者の皮膚の状態など身体状況に留意し、必要に応じて関係者に連絡を入れるなどの対応をしている | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 4. 浴室や脱衣室は清潔で、快適な状態にしている | ○ 非該当 |

評価項目3の講評

入浴前には看護師と一緒に職員がバイタルチェックを行い、入浴の判断をしています

入浴前に看護師と一緒に職員がバイタルチェックを行い、看護師が入浴の可否や順番を決めています。バイタル測定結果は経過記録と連絡帳にも記入し、家族にも知らせています。利用者の身体状況に応じて、一般浴か機械浴で入浴を行っています。本人の希望でシャワー浴にすることもあります。入浴順番表に、順番、入浴方法、などを記録しています。皮膚に湿疹があり薬の塗布が必要な場合は主治医や家族から塗布方法を聞いて、指示に従って行っています。体に傷やアザなどを見つけたら、介護支援専門員や家族と連絡を取っています。

一般浴の湯は毎回変えて、入浴後は消毒をして清潔保持に努めています

入浴介助は浴室内介助と浴室外介助の2人の職員で行っています。入浴の際の着脱は脱衣室で行い、出来るところは自分でしてもらっています。浴槽の中には滑り止めマットを敷き、利用者の握る手すりは滑らないように拭いたり、椅子は温めるなど安心して入浴できるように配慮しています。一般浴は一人ずつ毎回湯を取り換えています。入浴後は浴室・脱衣室は拭き掃除・消毒を行い、常に清潔な状態を保っています。

| 4 評価項目4 排泄の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている | | 評点(000) |
|---------------------------------------|---|---------|
| 評価 | 標準項目 | |
| ● あり ○ なし | 1. 排泄介助が必要な利用者に対して、一人ひとりに応じた誘導や排泄介助の支援をしている | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 2. トイレ(ポータブルトイレを含む)は使いやすさや安全面を考慮し、それに応じた環境整備をしている | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 3. トイレ(ポータブルトイレを含む)は衛生面に配慮し、清潔にしている | ○ 非該当 |

評価項目4の講評

排泄誘導の必要な利用者には定時排泄誘導を行っています

排泄は全員トイレで行っています。排泄誘導の必要な利用者には定時排泄誘導を行っています。排泄介助を必要な利用者は3~4人位です。排泄時の状況は経過記録に記入し、排便のあった場合は連絡帳で家族にも知らせています。トイレには手すりが付いていますが麻痺側によって使いやすいようにトイレを選択しています。車いす用のトイレは出入口が2か所あり、浴室の脱衣所にも行けるようになっていすので、衣類を汚してしまった時は、他の利用者には気づかれないように着替えが出来るようになっています。

利用者が使用後、職員は毎回トイレの掃除を行っています

利用者の排泄後、毎回職員がトイレの汚れ具合を確認し、掃除して次の利用が安心して使用できるように配慮しています。毎日午前の利用者と午後の利用者が帰った後、職員が便座、手すりなどを清掃・消毒を行っています。またノロウイルス対策のためのキットを準備し、看護師からもノロウイルス対策の指導を受けています。排泄マニュアルや感染症マニュアルが整備されています。

| 5 評価項目5 利用者の健康を維持するための支援を行っている | | 評点(00000) |
|-----------------------------------|--|-----------|
| 評価 | 標準項目 | |
| ● あり ○ なし | 1. 利用者の主治医や常用薬等について把握している | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 2. 必要に応じて利用者の状態に応じた健康管理や支援をしている | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 3. 健康に関する利用者からの相談に応じている | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 4. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などくみを整えている | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 5. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている | ○ 非該当 |

評価項目5の講評

契約時や内服薬が変更になった際は、処方箋・薬手帳のコピーをもらい、確認しています

服薬が必要な利用者には、契約時か初回利用時に処方箋か薬手帳のコピーをもらい、主治医台帳に添付し、いつでも確認できるようにしてあります。薬管理の必要な利用者は連絡帳と一緒に薬を薬袋に入れてきますので、看護師が預かり名前の付いた袋に入れ、薬箱で調理室に保管しています。服用時は看護師が飲み込むまで見守り、服薬チェック表にチェックしています。万が一飲み忘れの際は、家族や介護支援専門員に連絡し、適切な対応をしています。

来所持に利用者全員にバイタル測定などで体調の確認を行っています

来所持に利用者全員にバイタルチェックを行い、体調の悪い時は看護師の判断により、機能訓練の時間を短くしたり、中止したりしています。予め契約時に「サービス利用の際の体調確認について」で、体温、血圧、脈拍値の基準を決め、サービスが中止になることを利用者家族に確認してもらい、同意を得ています。また主治医からの意見をもらっている場合は従った対応をしています。毎日看護師が出勤していますので、利用者や家族からの健康に関する相談を受けたり、毎月発行する「つきみ野かりん通信」にも健康に関する情報提供を行っています。

急な体調変化時は、看護師が対応しています

急な体調の変化時は、看護師がバイタル測定を行い、静養室で休んでもらい、緊急連絡先に連絡しています。主治医台帳には、緊急連絡先の住所、電話番号の他に、主治医や介護支援専門員の連絡先も記載され、緊急時に速やかに連絡が取れる体制になっています。緊急連絡先の家族がいる時間に、看護師か相談員が車出入口送って行き状況を説明し、介護支援専門員にも状況を報告しています。

6 評価項目6

利用者の負担にならないよう送迎サービスを工夫し、安全を確保するための支援の方策をとっている

評点(〇〇〇〇)

| 評価 | 標準項目 | |
|-----------|--|-------|
| ● あり ○ なし | 1. 利用者の状況に応じて安全に送迎を行っている | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 2. 利用者の負担軽減を考慮し、乗車している時間を少なくするなどの工夫をしている | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 3. 送迎中の緊急時のために連絡がとれるようにしている | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 4. 利用者が帰るまでの待ち時間の過ごし方に工夫をしている | ○ 非該当 |

評価項目6の講評

契約時に送迎車の乗車位置の希望を聞いたり、状態により送迎時間を考慮しています

送迎は2～3台のワゴン車で専任の運転士が運転しています。契約時に利用者から、車酔いの状況や送迎時の車の座席位置の希望を聞いてアセスメント表に記載し、職員間で共有しています。毎日迎えるの時間を個別に利用者に連絡し、待ち時間の無いように配慮しています。車酔いの利用者には、なるべく遅めの迎えや早めの送りをし、乗車時間は長くても30分以内にはしています。

4

乗降時は一人ひとり個別に介助をし、安全に配慮しています

送迎の乗降時は、利用者に玄関前の椅子に座って待ってもらい、一人ひとり個別に乗り下りの介助を行い、安全面での配慮を行っています。運転手が携帯電を所持し、迎えの時に利用者の状態に変化があった場合などは、事務所に連絡できる体制になっています。事務所から介護支援専門員や家族などに連絡しています。送りの待ち時間には、歌を歌ったり、クイズゲームをしたり、CDで音楽を聞いたりして楽しく過ごせるように工夫しています。

| | | | |
|--|---|--|-----------|
| 7 評価項目7 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 | | | 評点(〇〇〇〇〇) |
| 評価 | 標準項目 | | |
| ● あり ○ なし | 1. 機能訓練が必要な利用者に対しては一人ひとりに応じたプログラムを作成し、評価・見直しをしている | | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 2. 機能訓練のプログラムに日常生活の場でいかすことができる視点を入れている | | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 3. 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 | | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 4. 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、楽しんで訓練を行えるような工夫をしている | | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 5. 福祉用具は定期的に使用状況の確認をし、必要に応じて対処をしている | | ○ 非該当 |

評価項目7の講評

通所介護計画書は理学療法士か作業療法士が作成し、3ヵ月毎に見直しを行っています
 通所介護計画書は理学療法士か作業療法士が利用者本人から聞き取りをし作成しています。通所介護計画書には、長期目標、短期目標、個別運動プログラムの種類、負荷量などを記載し、利用者の同意を得ています。通所介護計画に沿って、毎日の個別運動プログラムを実施しています。3ヵ月毎に握力、下肢筋力、歩行能力、柔軟性などの体力測定を行い、評価表を用いて、本人の聞き取りを行い評価を行っています。

準備体操を座位で1時間かけて、頭の前から足の先までの運動を行っています
 一日通所や半日通所の利用者に理学療法士か作業療法士の指導で、1時間かけて座位で頭の前から足の先まで動かす準備運動を行っています。認知症予防のコグニサイズやシナプソロジーの運動も取り入れています。殆どの利用者が参加し、好評を得ています。個別運動プログラムには7種類のマシンを使用した運動や室内歩行、階段、平行棒訓練などがあり、通所介護計画に基づいて実施しています。マシンの準備や負荷の調整、運動中の見守りは理学療法士から指導を受けた介護職員が行っています。

福祉用具の点検を定期的に行っていますが、点検表などの記録をすることが望まれます
 車いすや歩行器、四点杖、ベッドなどを定期的に介護職員が点検を行っています。車いすはタイヤの空気圧やブレーキの利き具合をチェックしています。ベッドは電源の入切や昇降が出来るかなどをチェックし、いつでも安全に使用できる状態にしています。点検表などが作成されていませんので、今後は点検結果を福祉用具点検表などに記録し、いつでも福祉用具の状態を確認できるようにすることが望まれます。

| | | | |
|---|--|--|----------|
| 8 評価項目8 施設で過ごす時間は楽しく快適で、利用者が自立的な生活を送ることができるような工夫(アクティビティ等)を行っている | | | 評点(〇〇〇〇) |
| 評価 | 標準項目 | | |
| ● あり ○ なし | 1. さまざまな内容のバランスに配慮したプログラムを用意している | | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 2. 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 | | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 3. 利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている | | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 4. 食堂やトイレなどの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 | | ○ 非該当 |

| 評価項目8の講評 | | |
|---|--------------------------------------|-------|
| <p>毎日レクリエーションプログラムで楽しみながら訓練を行っています</p> <p>毎日レクリエーションプログラムで、脳トレ、ビンゴ、漢字ゲーム、グランドゴルフ、作品作りなど機能訓練の要素を取り入れたレクリエーションを楽しみながら行っています。30分のおやつ休憩には、利用者から徴収したおやつ代で、全国47都道府県から洋菓子や和菓子の銘菓を取り寄せ、お茶と一緒に出しています。利用者はお菓子を食べながら、取り寄せたお菓子の地域の話に話が盛り上がり、毎日のおやつを楽しみにしています。</p> <p>CDで音楽を流したり、室内に自分たちが作った作品を飾ったり、環境を整えています</p> <p>機能訓練室が2部屋に分かれ、マシンが設置され機能訓練や体操をする部屋と椅子とテーブルがあり、レクリエーションなどをする部屋に分かれています。照明はまぶしくないように調整し、CDで音楽を流したり、室内には利用者が作った絵手紙や笑い文字などを飾って、居心地の良い環境にしています。また利用者の体調により、静養室のベッドやソファで休息をとれるようになっています。毎朝換気を行い、サーキュレーターや加湿器を設置し環境整備を行っています。共有スペースは毎日夕方掃除機、モップ掛け、アルコール消毒を実施しています。</p> | | |
| <p>9 評価項目9 施設と家族との交流・連携を図っている</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇)</p> | | |
| 評価 | 標準項目 | |
| ● あり ○ なし | 1. 利用者の日常の様子や施設の現況を家族や介護支援専門員に知らせている | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 2. 利用者の家族などの見学はいつでも希望に応じている | ○ 非該当 |
| <p>評価項目9の講評</p> <p>家族には連絡帳で詳しく利用中の・健康状態を伝えています</p> <p>連絡帳には来所持に測定したバイタル測定の結果や利用中に実施した準備体操、個別プログラム、レクリエーション、入浴、服薬の状況を伝えています。また看護師や作業療法士からもコメントを書くこともあります。家族からは連絡帳だけでなく送迎時にも様子を聞いています。体調に変化があったり、転倒した場合は電話で家族に直接報告をしています。</p> <p>家族や利用希望者から見学希望があった場合は、利用中に見学に来てもらっています</p> <p>家族や利用希望者の見学希望があった場合は、出来るだけ、サービス利用中に来てもらい個別運動プログラムや準備体操の様子を見てもらっています。希望により、1時間実施している準備体操に30分位一緒に参加し、体験してもらうこともあります。事業所の説明を丁寧に行い、見学のための送迎も行っています。</p> | | |
| <p>10 評価項目10 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p> | | |
| 評価 | 標準項目 | |
| ● あり ○ なし | 1. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 2. 利用者が職員以外の人と交流できる機会を確保している | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 3. 利用者が地域のさまざまな資源を利用する機会を設けている | ○ 非該当 |

評価項目10の講評

自治会に加入し、地域の情報を把握し、行事などに参加しています

自治会に参加し、回覧板で町内の情報を把握しています。地域の夏祭り、秋祭りに職員が参加し、顔なじみの関係を築いています。事業所の夏祭りには、地域の盆踊りサークルの人達に来てもらい、利用者も一緒に盆踊りをして楽しんでいます。地域のボランティアには、バイオリン、ウクレレ、ハンドベル、大正琴などの演奏をしてもらったり、手話ダンス、フラダンス、紙紐作りなどの指導をもらい、利用者とは交流しています。

毎月1回日曜日に地域住民に向けて、理学療法士による運動セミナーを開催しています

毎月1回日曜日に町内会など地域に向けて、2時間の理学療法士による運動セミナーを開催しています。理学療法士が運動の解説をしたり、ストレッチ実技指導や健康相談等を行っています。マシンも職員が付いて利用してもらっています。定員は15名で、会費は茶菓子込みで600円にしていますが、毎回10名以上の参加があります。チラシは町内会の掲示板に掲載してもらい、健康作りの機会として、事業所を開放して定期的に地域住民との連携を図っています。

| 事業者が特に力を入れている取り組み① | | |
|--------------------|---|--------------------------------------|
| 評価項目 | 5-2-1 | 組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に取り組んでいる |
| タイトル① | 組織力を維持・向上するため、打ち合わせ、各種会議を活用しています | |
| 内容① | 毎朝、毎夕に打ち合わせを行い、日々の利用者状況を把握し、意見交換を行っています。連絡ノートに利用者状況を記入し、情報を共有化しています。月1回職員会議、支援会議を開催しています。支援会議の際には各回テーマを定めて職員研修を行っています。例えば運営上の重要なテーマ、介護保険制度、緊急時・災害時対応、高齢者の栄養、虐待防止、感染症・食中毒予防などの研修を行っています。 | |

| 事業者が特に力を入れている取り組み② | | |
|--------------------|--|---|
| 評価項目 | 6-4-7 | 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 |
| タイトル② | 理学療法士や作業療法士の指導で毎日1時間かけて準備体操を行っています | |
| 内容② | 機能訓練型の通所介護事業所ですので、個別機能訓練の内容が充実しています。一日通所や半日通所の利用者に理学療法士や作業療法士の指導で、1時間かけて座位で頭の前から足の先まで動かす準備運動を行っています。認知症予防のコグニサイズ、やシナプソロジーの運動も取り入れています。個別運動プログラムでは7種類のマシンを使用した運動や室内歩行、階段、平行棒訓練など利用者の状態に応じ、通所介護計画に基づいて実施しています。 | |

| 事業者が特に力を入れている取り組み③ | | |
|--------------------|---|-------------------------------------|
| 評価項目 | 6-4-10 | 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている |
| タイトル③ | 毎月1回日曜日に地域住民に向けて、理学療法士による運動セミナーを開催しています | |
| 内容③ | 毎月1回日曜日に町内会など地域に向けて、2時間の理学療法士による運動セミナーを開催しています。理学療法士が運動に関する解説をしたり、ストレッチ実技指導や健康相談等を行っています。マシーントレーニングも職員が付いて体験してもらっています。定員は15名で、会費は茶菓子代込みで600円にしていますが、毎回10名以上の参加があります。健康作りの機会として、事業所を開放して定期的に地域住民との連携を図っています。 | |

| No. | 特に良いと思う点 | |
|-----|--------------|---|
| 1 | タイトル | 事業所特性を活かしたサービスを地域に提供しています |
| | 内容 | 当事業所ではすでに、自治会に参加し、主催の夏・秋祭りへの参加、事業所見学の受け入れ、「つきみ野かりん通信」の配布など地域で積極的に活動していますが、当事業所の機能訓練を中心とする通所介護事業という特性を活かし、地域に開かれた日曜日開催の「健康セミナー」を開催しています。また、近隣高齢者を対象とした機能訓練プログラムを地域からの参加を募り実施して、地域の高齢者に喜ばれています。 |
| 2 | タイトル | 毎日充実したレクリエーションと全国から取り寄せた銘菓のおやつを楽しんでいます |
| | 内容 | 毎日運動プログラムの他に機能訓練を取り入れたレクリエーションを行っています。プログラムは、脳トレ、ビンゴ、漢字ゲーム、グランドゴルフ、絵手紙、作品作りなど種類が多く、利用者は楽しんで参加しています。30分のおよつ休憩時間には、全国47都道府県から取り寄せた銘菓を週替わりで出しています。利用者はお菓子を食べながら地方の話題に話が盛り上がり、楽しい時間になっています。 |
| 3 | タイトル | 送迎車の乗降時は一人ひとり個別に介助をし、安全に配慮しています |
| | 内容 | 送迎はワゴン車2～3台で専任の運転手が運転しています。乗降時は利用者に玄関前の椅子に座って待ってもらい、一人ひとり個別に安全な乗り降りの介助を行っています。車酔いのする利用者は遅めの迎え、早めの送りにし、長くても30分以内の乗車の事案にしています。毎日の各自の送迎時間を個別に連絡しています。また契約時に利用者から座敷の位置の希望を聞き、出来るだけ希望した座席に座ってもらうよう配慮しています。 |
| No. | さらなる改善が望まれる点 | |
| 1 | タイトル | リスクマネジメントを計画的に行うことが期待されます |
| | 内容 | リスクマネジメントについては、法人全体で取り組む新しい経営課題ですが、事業所としては、従来から、リスクとみなされてきた災害（火災、地震、盗難等）については火災を最重点として対応しています。ただ、リスクのすべてを網羅した表などを作成し、優先順位をつけているという状態ではありません。また事業継続計画については、どういう計画を作成すべきかの理解がすすんでいません。法人と連動してリスクマネジメントの全体像の把握と計画を作成し、事業所レベルでの実施事項を定めることが期待されます。 |
| 2 | タイトル | ボランティアの更なる受け入れが期待されます |
| | 内容 | 現在レクリエーションで、ものづくりプログラムに1名、近隣の方に月4～5回ボランティアで支援してもらっています。マジックショー、ハワイアンダンス、ハンドベルなどのイベントもボランティアの方が来て利用者を楽しませてくれます。しかし、利用者アンケートに、外部のボランティアをもっと積極的に導入してはどうか、との声があり、楽しみにしている行事や活動がない、という声もあります。レクリエーションだけでなく、機能訓練、食事手伝い、お話し相手などサービス全般にわたって、ボランティアの更なる導入の検討が期待されます。 |
| 3 | タイトル | 記録の効率化と点検表の整備が望めます |
| | 内容 | 来所持に利用者全員にバイタルチェックを行い、体温・血圧・脈拍など来所持の記録を経過記録と連絡帳の両方に記録しています。忙しい時に両方記録しないでも片方の記録を反映できる方法を考え効率化を図ることが望めます。また福祉用具は定期的に点検し安全性を確認していますが、点検表が作成されていませんので、今後は点検表を作成し点検結果を記録されることが望めます。 |



株式会社フィールズ

〒251-0024 藤沢市鵜沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3F

TEL : 0466-29-9430 FAX : 0466-29-2323