

福祉サービス第三者評価結果シート兼アドバイスレポート

- 受審事業者名 宝塚あいわ苑デイサービスセンター
- 評価実施期間 22年 12月 17日 から 23年 7月 13日
- 評価機関 株式会社 H.R.コーポレーション
- 評価調査者 K-0401004 ・ K-0401008 ・ K-0401010

総合コメント

特に良い点

法人の基本理念を踏まえて、事業所ごとに定められる、そのサービス種類の特性に応じた具体的なサービスのあり方を方向づけた基本方針が策定されており、各サービスの中で理念の実現に取り組んでいる。中長期計画を策定し、中長期計画の実現の為に、毎年事業計画・方針管理を上・下半期毎に定めている。事業計画の評価については、重点課題について評価を点数化し職員間で総評を行い、次年度の計画策定に活かしている。サービスの質の向上を目的とした委員会が定期的開催されサービスの質向上に向けて検討している。職員の取り組みについては、毎日のミーティングや定例会議で職員の提案・意見聴取がなされている。職員から法人へ意見や要望を提出する機会があり、提案・意見を事業計画作成に反映させている。

利用者一人ひとりの課題を把握してサービス提供を行うための方法を明らかにし、サービス方法の標準化を図り、利用者の状況により個別具体的な支援計画を作成し個別の支援を行っている。利用者アンケートを年1回実施し、利用者・家族の意見の取り入れている。アンケート結果について集計・分析を行い、法人内CS委員会で話し合い、サービスの改善に繋げている。委員会で意見や要望の検討結果を書面で利用者・家族に回答している。

特に改善を要する点

サービスの質の向上を目的として各種委員会で課題や問題が話し合われた事は確認できるが、更に、検討された経緯や改善までの一連の流れがわかるような記録の方法を検討し、全職員が経緯や改善内容の詳細を十分に共有できるような取り組みの工夫を期待する。

法人全体、また、事業所独自に各種マニュアルが作成されており、必要に応じた随時の見直しが行われているが、すべてのマニュアルについて、定期的な検証により現状に即したマニュアルの活用が望まれる。

I 事業所の運営

1 事業所に関する情報等の提供	A⁺ A ⁻ B ⁺ B ⁻ C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1 事業所のサービス提供に関する基本方針を職員及び利用者やその家族等に周知している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 基本方針を職員が理解するための具体的な取組を行っている。 ■ 基本方針を会報や印刷物などに掲載して、利用者やその家族等に配布している。 ■ 基本方針をホームページに掲載したり、求められれば提供するなど、誰でも知ることができるようにしている。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ A B C ■ ■ 	<p>法人理念は、事業所にいつでも見ることができる位置に掲示する他、職員の名札の裏に明示し浸透を図り、法人理念を基に目標を立て各サービスの中で理念の実現に取り組んでいる。更に、倫理・法令順守の研修を年1回実施しており、研修の中で法人理念についても触れて、職員への浸透を図っている。次年度に向け、定期的には職員全員で理念について話をする他、各委員会や会議で理念の浸透を図る取り組みを計画している。</p> <p>パンフレットやホームページに理念明示し、家族・利用者への理念の浸透を図っている。また、地域向けの広報紙「みらい」にも理念の明示をし、地域に配布し事業所としての取り組みを紹介し、理念の浸透に取り組んでいる。施設長が地域の会議の福祉部会のメンバーになっており、会議の中で地域の住民への浸透を図っている。リーフレットに各種サービスの内容を記載、ホームページにも利用希望者がサービスの内容をいつでも見ることが出来るように明示している。</p>
2 事業所が行っているサービスの情報を積極的に提供している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 利用者やその家族等が適切にサービス選択するために必要な情報を提供している。 ■ 情報をホームページに掲載するなど、誰でもいつでも知ることができるようにしている。 ■ 提供している情報を定期的に見直し、内容の変更などに速やかに対応している。 ■ 質問に応じて説明を行う用意がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ A B C ■ ■ ■ 	<p>在宅サービスセンターを開設した際にパンフレット・リーフレットを見直し、利用予定者が情報を得やすいようにしている。事務部門が電話対応することが多いため、業務内容の見直しを行い、ある一定の事業所の説明やサービスの説明が行えるようにし、内容により専門部門に取り次ぎを行い、詳細な内容で利用予定者・家族に内容の説明ができるようにしている。ケアプランセンターに問い合わせがあった場合も速やかに対応できるようにケアマネジャー1名は、事務所に在籍するようにして速やかな対応ができるように取り組んでいる。</p> <p>ケアマネジャーがおおよその利用料金などの説明を行っている。ホームページにも利用料金表を明示しわかりやすいようにしている。また、パンフレット・リーフレットには、見学や相談にいつでも対応できることを明示し代表電話番号だけでなく、各サービスの電話問い合わせ番号を明示している。</p>
	補足等：		

I 事業所の運営

2 サービスの質の向上	(A+) A- B+ B- C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1 サービスの質の向上を目的とした検討体制を整備している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ サービスの質向上を目的とした委員会などを定期的に開催している。 ■ 委員会などの検討内容や結果を記録している。 補足等：	<input checked="" type="checkbox"/> (A) B C	法人内で業務改善推進、個人情報保護法対策、倫理・苦情解決（CS含む）、車両管理、感染防止、地域交流、債権管理の各委員会を毎月1回開催し、サービスの質向上のための検討事項について話し合われている。委員会での検討内容については、事業所内会議での報告や議事録を回覧する事で全職員に情報提供し共有を図っている。各種委員会課題や問題が話し合われた事は確認できるが、更に、検討された経緯や改善までの一連の流れがわかるような記録の方法を検討し、全職員が経緯や改善内容の詳細を十分に共有できるような取り組みの工夫を期待する。 取り組みへの職員の参加については、毎日のミーティングや定例会議で職員の提案・意見聴取がなされている。また、年に1回、書面にて職員から法人へ意見や要望を提出する機会があり、検討内容を事業計画作成に反映させている。スーパービジョンを含めた個別面談を行い、職員から直接意見や要望を聴取するよう取り組んでいる事が、「スーパービジョン」の記録で確認できる。 利用者・家族の意見の取り入れについては、利用者アンケートを年1回実施している。アンケート結果について集計・分析を行い、法人内CS委員会で話し合い、サービスの改善に繋げている事が議事録・アンケート集計結果で確認できる。出された意見や要望の検討結果を書面で利用者・家族に回答している。 サービスの質向上に向けた計画的な取り組みについては、3年間程度の中長期計画を策定している。中長期計画の実現の為に、毎年事業計画・方針管理を上・下半期毎に定めている。事業計画の評価については、重点課題について評価を点数化し職員間で総評を行い、次年度の計画策定に活かしている。 職員の資質向上に向けた体制としては、愛仁会・愛和会グループの中で個々の職員について役職・経験年数を考慮した資格取得やレベルアップが図れるよう研修計画を作成している。「愛仁会グループ介護職員能力開発ガイドライン」に沿って新人から経験年数5年目までの介護職員の能力開発を実践しており、職種に応じたレベルアップに計画的に取り組んでいる。研修の機会として、法人内研修、事業所内研修を月に1回実施し、研修受講後は報告書の作成があり記録にて確認ができる。法人研修については、受講後アンケートを取り教育研修委員会で検討し、今後の研修内容改善に活かされている。外部研修は法人内規定にそって研修参加支援があり、研修受講後は報告書の提出が行われている。また、事業所内では伝達研修にて職員間の共有を図っている。新人職員については研修計画のもとで、法人内でのオリエンテーションや事業所内新人研修を行っている。 スーパービジョン体制については、毎週実施しているケアマネジャー定例会でのケース検討会や、半年に1回の個別面談などを通じて、職員は日常の業務を振り返り、個々に応じて適切な助言や指導を受けている。ターミナルケアについて在宅診療に携わる医師からのアドバイスを受けたり、成年後見制度の活用について専門機関に相談する等、外部からの支援を受ける体制を整えている。
2 サービスの質の向上への取組に職員が参加している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 定期的に職員からの提案を募集している。 ■ 職員の意見を聴取するための場を設けている。 補足等：	<input checked="" type="checkbox"/> (A) B C	
3 サービスの質の向上への取組に利用者やその家族等の意見を取り入れている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 定期的に利用者やその家族等の意見を聞く機会を設けている。 ■ 出された意見を検討している。 ■ 出された意見の対応結果の説明・報告を利用者やその家族等に対して行っている。 補足等：	<input checked="" type="checkbox"/> (A) B C	
4 サービスの質の向上に向けた計画的な取組を行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ サービス内容や実施体制に関する事業所の中・長期的な課題や問題点を明らかにしている。 ■ 課題や問題点を克服するための目標を設定した3年間程度の中・長期計画を策定している ■ 中・長期計画の当該年度の内容を反映した1年ごとの事業計画を策定している。 ■ 事業計画の評価を行うために、職員の意見を聞いている。 ■ 事業計画の評価を行うために、利用者やその家族等の意見を聞いている。 補足等：	<input checked="" type="checkbox"/> (A) B C	
5 職員の資質向上に向けた体制を整備している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 職員一人ひとりに必要な知識や技術などを明らかにしている。 ■ 職員一人ひとりに必要な資質・技術の修得に向けた研修計画を策定している。 ■ 職員の資質向上を一元的に推進するための担当者を設置している。 ■ 職員の人事方針は資質向上に向けた目標と整合がとれている。 補足等：	<input checked="" type="checkbox"/> (A) B C	
6 職員の研修機会を確保している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 事業所内研修を定期的に行っている。 ■ 職員を外部の研修会に積極的に参加させている。 ■ 外部研修会の参加者による事業所内の伝達講習又は参加レポートの提出を行っている。 ■ 職員の個別研修活動を支援している。 ■ 新規採用職員のための系統的な研修プログラムを用意している。 補足等：	<input checked="" type="checkbox"/> (A) B C	
7 職員に対するスーパービジョン(指導・助言)体制を整備している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 職員に対する指導・助言を定期的に行う機会がある。 ■ 常に職員が事業所内で指導・助言を受けることができる体制を整備している。 ■ 必要に応じて、外部の専門機関に支援を受けることができる体制を整備している。 補足等：	<input checked="" type="checkbox"/> (A) B C	

II 利用者の尊重・保護

1 利用者やその家族等の意向の尊重 (A+) A- B+ B- C		評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1 サービス内容の決定において利用者やその家族等の意向を尊重している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ サービス内容を決定する過程に、利用者やその家族等の意向を反映するための取組がある。 ■ サービス内容を複数から選択できる場合には、決定するための情報を提供している。 ■ 選択や決定の際に行うサービス内容の説明は、わかりやすいように図表などを用いている。 ■ 利用者が意向や同意を表明できない場合には、第三者が関与を行う制度を活用できるように利用者を支援している。 ■ 利用者やその家族等への説明と同意に関するマニュアルを定めている。 	<input checked="" type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<p>サービス計画作成に関して、利用者・家族との面談で個々の希望や意向を把握し、サービス内容決定の際に反映されるよう取り組んでいる事が、アセスメントシート・フェイスシート・サービス実施計画書の記録で確認できる。サービス内容の選択については、サービス種別ごとにファイリングしており、利用者・家族のニーズに応じ適切な情報提供ができるよう、事業所のパンフレットのファイルを持参し詳細な説明がなされている。サービス内容の決定は、利用者・家族への説明と同意に至る過程についてマニュアルにて手順を定めているのが確認でき、利用者・家族にはリーフレットやパンフレットで説明がされている。個々のケースにおいて成年後見制度や権利擁護事業の活用が必要な場合は、関係諸機関に相談し円滑な利用ができるよう支援している事が経過記録で確認できる。</p> <p>苦情対応について相談受け付け窓口の担当者を明記し利用者・家族に説明している。苦情の再発防止とサービス改善に繋げるために、毎月1回苦情解決委員会にて検討されている。苦情の経過や改善に向けた取り組み・家族への対応については苦情受付書に記録されている。クレームについても「利用者安全管理報告」の中で集計・分析できるよう整備されているが、現在はクレームに至るケースは無い。</p>
2 利用者やその家族等からの不満や不服を解決するための取組を行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 苦情を解決するための仕組みを明らかにしている。 ■ 苦情を調停するための委員会(例、苦情解決委員会)などに第三者が参加している。 ■ 苦情に関するデータを蓄積し、サービス改善に活用している。 	<input checked="" type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	
3 行事やクラブ活動などへの参加や内容の決定に利用者の意向を尊重している。	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 行事などへの参加は、利用者の選択に任せている。 <input type="checkbox"/> 利用者の興味がもてる行事などを開催するために、事前又は事後のアンケートなどを実施している。 	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	

II 利用者の尊重・保護

2 人権・プライバシーの確保 (A+) A- B+ B- C		評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1 人権やプライバシーの確保に配慮している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 人権やプライバシーを確保するための基本的な考え方を明らかにしている。 ■ 人権やプライバシー確保に関するマニュアルを定めている。 ■ 利用者やその家族等が人権やプライバシーについて、第三者に相談できるよう配慮している。 	<input checked="" type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<p>プライバシーポリシーを玄関に掲示し、パンフレット・ホームページに個人情報保護方針について掲載している。また、プライバシー保護マニュアルを定め、年に1回は法人内での研修を実施し職員間で再確認している。重要事項説明書に苦情相談窓口が明示され利用者・家族へ説明し、外部第三者委員会設置についても掲示し相談できる体制を整えている。</p> <p>個人情報の保護について、法人内での管理責任者は施設長と定め、保護管理規定策定のもと体制を整えている。利用者・家族に対しては、契約時に個人情報の取り扱いや使用目的について説明し同意書ももらっている。職員の守秘義務は在職中は当然のこととして、退職後も守ることが明示された書面で誓約している。</p>
2 個人情報の保護を徹底している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 個人情報の管理責任者を設置するなどの管理体制を整備している。 ■ 事業所外へ個人情報を提供する場合は、必ず利用者やその家族等へ事前に書面などで同意を得ている。 ■ 職員の守秘義務は雇用契約終了後も同様としている。 ■ 利用者やその家族等に関する情報の取扱規程を定めている。 	<input checked="" type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	
3 身体拘束の弊害の正しい認識と廃止のための取組を行っている。	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 身体拘束が起こりやすい状況や場面を想定した職員研修や話し合いを行っている。 <input type="checkbox"/> 身体拘束を行わないサービス方法や環境・設備の工夫を検討している。 <input type="checkbox"/> 身体拘束の弊害と廃止の方針を利用者やその家族等に説明している。 	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	

Ⅲ サービス実施過程の確立

1 サービス実施計画の作成		(A ⁺) A ⁻ B ⁺ B ⁻ C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1	利用者一人ひとりの目標を明らかにしたサービス実施計画を作成している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 利用者一人ひとりの課題(ニーズ)に基づいた目標を明らかにしている。 ■ 利用者一人ひとりの目標を達成するためのサービス実施計画を作成している。 ■ 利用者一人ひとりのサービス実施計画の作成を統括する作成責任者を定めている。 ■ サービス実施計画の作成を関係職員の参画のもとに行っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ (A) B C ■ ■ ■ 	<p>ケアマネジャーからの申込書で自宅に訪問し利用者の状況を相談員が申込書に記載して状況把握を行なった後に、希望者には体験利用をしてもらっている。体験利用時には体験利用者情報書に状把握した内容を記載し利用者の状況を職員間で共有している。ケアプランで依頼を受けた内容を元に利用者の把握された情報・課題に基づいた目標を明らかにし、通所介護計画書に支援内容を記載している。利用者一人ひとりの作成責任者を定めている。担当者会議に他のサービス提供事業所も参加し話し合いが行われ計画を作成している。担当者会議に出席前には、介護職員・看護職員デイで関わる職員から聴取する内容や担当者会議で話し合ってほしい内容を聴取し参加している。担当者会議出席は、作成担当の他主任又は、相談員が出席している。</p>
	補足等:			

Ⅲ サービス実施過程の確立

2 サービスの実施		A ⁺ (A ⁻) B ⁺ B ⁻ C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1	サービスの標準的な実施方法を定めている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 個々のサービスについて、その標準的なマニュアルを定めている。 ■ マニュアルの実施方法を、サービス実施に活かしている。 ■ マニュアルは定期的に検証し、必要に応じて見直している。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ A (B) C ■ □ 	<p>入浴・清拭・排泄・整容・車いす介助・献立作成・食事介助・送迎実施・レクリエーションなどデイで提供されるサービスの基本的なマニュアルを作成している。食事は曜日ごとに利用者の個別の状況に合わせて摂取時に必要な用具やとろみ剤など明示がされており、個別の対応ができるようにしている。食事は、厨房で食事依頼によって作成されており、利用者の形態の工夫が行われている。また、現在使用している食事器具が適切であるか、食事器具・摂取器具評価表に沿って介護度により評価基準を設け評価を実施している。計画書にも食事形態や食事器具・摂取器具の明示を行い実施がされていることが確認できる。入浴介護手順には、工程や担当者・手順が記載されており、備考欄には、注意事項が明記されている。栄養管理委員会(特養とデイで開催)を開催しメニューの検討が行われている。</p>
	補足等:			
2	利用者の状況などに関する情報を職員が共有している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 利用者の状況などの情報が関係職員に確実に伝わる取組がある。 ■ サービス実施過程において、関係職員による事業所内のケース会議などを定期的に行っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ (A) B C ■ 	<p>デイサービス会議録(毎日の日誌)で利用者の身体状況の変化や連絡事項など当日の詳細が記載されている。デイサービス会議録を出勤時には職員が必ず確認を行い利用者の状況を共有をしている。申込書や体験利用者情報をファイルし職員が確認できるようにして共有する他、徹底を図るために、ミーティングや会議で内容の確認を行っている。デイサービス会議録は、職員が確認すれば、確認印をし確認を把握できる。月1回実施しているデイ会議では、事例検討や各種委員会からの報告・検討、行事計画や予定の話し合いが行われていることが確認できる。</p>
	補足等:			

Ⅲ サービス実施過程の確立

3 サービスの評価・変更		(A+) A- B+ B- C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1	サービスの実施に関する評価を行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 利用者一人ひとりのサービス実施状況を把握し、記録・保管している。 ■ 利用者一人ひとりのサービスの実施状況の総合的な管理責任者を定めている。 ■ サービス実施時や実施後の利用者やその家族等の状況の変化などに関する情報をサービス実施計画の作成責任者へ確実に伝達している。 ■ 設定されている目標に対する実施・達成状況を定期的に評価している。 補足等：	<ul style="list-style-type: none"> ■ (A) B C ■ ■ ■ 	支援経過は、データ化されている。管理責任者は、管理者としており利用者の状況を把握し管理している。毎月1回モニタリング表で実施状況などの情報の報告が行われている。 毎月のモニタリングで評価し、サービス計画の見直しを行っている。サービス内容の変更をしたい場合の手順は、重要事項説明書に明示している。担当者会議を開催し見直しを行った場合は、利用者・家族に計画書を持って説明を行い計画書に署名捺印をもらい同意を得ている。
2	サービス実施計画の見直しを行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ サービス実施計画の目標に対する達成状況の評価を踏まえて、サービス実施計画を見直している。 ■ サービス実施状況に対する利用者やその家族等からの変更希望を踏まえて、サービス実施計画を見直している。 ■ 利用者やその家族等がサービス内容を変更したい場合の手順を明らかにしている。 ■ 変更後のサービス実施計画の内容・理由を利用者やその家族等に説明し、同意を得ている。 補足等：	<ul style="list-style-type: none"> ■ (A) B C ■ ■ ■ 	

IV サービスの適切な実施

1 利用者やその家族等への支援	A⁺ A ⁻ B ⁺ B ⁻ C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1 サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 意思疎通について、サービスの方法を明示している。 ■ 食事について、サービスの方法を明示している。 ■ 入浴・清拭について、サービスの方法を明示している。 ■ 排泄について、サービスの方法を明示している。 ■ 身だしなみや清潔保持について、サービスの方法を明示している。 ■ 機能訓練について、サービスの方法を明示している。 ■ 心理面に着目したサービスの方法を明示している。 補足等：	<input checked="" type="checkbox"/> A B C	利用者一人ひとりの課題を把握してサービス提供を行うための方法を明らかにしている。接遇マニュアルの中で意思疎通に関するサービス方法の標準化を図り、利用者の状況により個別具体的な内容を計画に明示している。食事介助手順に標準的方法を明示し計画に明示している。入浴介助手順書に基本的介助方法、特殊浴・リフト浴など器具を使用しての支援方法の標準も明記し計画に標準手順に沿って利用者の状況に合わせた介助方法を明示している。排泄介護(トイレ介助)マニュアルを作成し利用者の状況・希望により手順を個別計画に明らかにしている。整容マニュアルに沿って利用者の好みなどに合わせて支援方法を個別に計画に明示し支援している。移乗介助手順で利用者のADLの状況に合わせた介助手順を計画に明示している。また、個別機能訓練計画書に個別具体的な内容の訓練方法が明示されている。心理面では、接遇マニュアル中に利用者本位であることを明示し利用者の意向を尊重した精神的支援方法が計画に明示されている。それぞれ計画に沿って実施された内容は、各カルテにあるチェック表で実施が確認できる。業務マニュアルの中で在宅サービスセンター科相談・苦情等の窓口が明示されている他、2Fエレベーター前のデいのスペースに窓口の明示された書類の掲示を行っている。また、契約書・重要事項説明書にも明示し利用者・家族に浸透を図っている。他事業所相談連絡記録でデいに相談があった場合に相談内容・対応状況・経過が記録されている。ケアマネジャーを通した相談や連絡帳を通しての相談が多い。送迎時の迎えは利用者の迎えを分単位で組んでおり家族と話す時間は少ないが、送り時には家族と利用時の状況などを通して状況を報告し相談を聞き取りやすいようにしている。緊急連絡先一覧作成しており、3カ月毎に確認・更新している。送迎時に事故や変化が発生した場合に速やかに連絡が取れるように家族・ケアマネジャー・かかりつけ医の明示された一覧を送迎車別に持ち出している。エレベーターで他の利用者と接触して転倒した事例で事故の内容・経過など詳細が記載された報告書の確認ができた。事故対応の対応手順は、法人で作成されたフローチャートに沿って記載された物を利用。家族緊急連絡先を3か所聴取しているため緊急時に連絡が取れなかったことはない。重要事項説明書の中で記録物の開示について説明の文書の明記がある。
2 利用者の好みにあわせた理・美容への支援を行っている。	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 理・美容に利用者の好みや意向が反映できるよう配慮している。 <input type="checkbox"/> 理・美容室の利用など、希望に応じた支援を行っている。 補足等：	<input type="checkbox"/> A B C	
3 余暇活動や生きがいがいづくりへの支援を行っている。	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 余暇活動や生きがいがいづくりに対する意向を把握する取組がある。 <input type="checkbox"/> 意向に沿った活動に向けて利用者が行動するための提案を行っている。 <input type="checkbox"/> 利用者が自発的なグループ活動などを行いたいときには支援している。 補足等：	<input type="checkbox"/> A B C	
4 家族や友人等とのつながりを維持するための支援を行っている。	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 面会時間・場所はできる限り利用者や相手の意向を尊重している。 <input type="checkbox"/> 面会時間はプライバシーを確保し、落ち着いて会話できるように配慮している。 <input type="checkbox"/> 外出や外泊の機会を持てるように支援している。 補足等：	<input type="checkbox"/> A B C	
5 利用者やその家族等からの相談に積極的に対応している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 相談内容に応じて、相談方法や相談相手を選択することができる。 ■ 相談に関する標準的な対応方法を定めている。 ■ 介護相談や経済的な問題など、事業所が行っているサービス以外の相談内容にも取り次ぎも含めて対応している。 補足等：	<input checked="" type="checkbox"/> A B C	
6 利用者の状況を利用者の家族等へ情報提供している。	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 利用者の日常的な状況を定期的かつ積極的に情報提供している。 ■ 事故発生時には、速やかに連絡している。 ■ サービス提供状況の記録などの情報開示に応じている。 補足等：	<input type="checkbox"/> A B C	

IV サービスの適切な実施

2 快適な環境づくり		(A+) A- B+ B- C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1 快適な生活空間(居室)の整備に配慮している。	<input type="checkbox"/> 生活空間の整備には、利用者の意向を反映している。 <input type="checkbox"/> 生活空間のプライバシーに配慮している。		<input type="checkbox"/> A B C <input type="checkbox"/>	利用者一人ひとりに対して食事の喫食状況を把握している。利用者の好みや嗜好を把握しメニューに反映させ、変更した場合には、デイサービス会議録に記録している。利用者の摂取状況や摂取姿勢、利用者の希望などを踏まえて摂取時間や提供場所など利用者に合わせて実施している。実施した内容は、デイサービス会議録で確認できる。自然光が差し込む広い部屋で職員の見守りの中、ゆっくりと食事をしている。食事中は基本的にはテレビを切り静かな環境作りが出来ている。お茶・コーヒー・ジュースなどをいつでも飲めるように給茶器やコーヒーメーカーの設置を行い利用者の嗜好に合わせている。検食者からのコメントや喫食状況・季節など、栄養管理委員会で話し合い検討が行われメニューに反映させている。行事で実施されているクッキングの内容について、も栄養管理委員会で内容の検討が行われている。温冷配車を使用して利用者の方へ提供する際に適温で提供できるようにしている。
2 快適な食事環境の整備に配慮している。	<input checked="" type="checkbox"/> 定期的に利用者の嗜好や喫食状況を把握するなど、献立に配慮している。 <input checked="" type="checkbox"/> 食事を楽しむことができるような雰囲気への工夫をしている。		<input checked="" type="checkbox"/> (A) B C <input checked="" type="checkbox"/>	
3 郵便や電話などの通信機会を確保している。	<input type="checkbox"/> 郵便や電話などを利用したい時に、いつでも利用できる工夫をしている。 <input type="checkbox"/> 郵便や電話などの利用時のプライバシーに配慮している。		<input type="checkbox"/> A B C <input type="checkbox"/>	
4 利用者の生活の範囲を施設外へ広げるための取組を行っている。	<input type="checkbox"/> 地域の公共機関や店舗の利用、行事への参加などの機会を確保している。 <input type="checkbox"/> 生活マップの作成など、施設周辺の地域情報を利用者が得られるようにしている。 <input type="checkbox"/> 取組への協力が得られるよう、地域へ働きかけている。		<input type="checkbox"/> A B C <input type="checkbox"/>	
補足等:				

IV サービスの適切な実施

3 安心と安全の確保	(A+) A- B+ B- C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1 事故防止や安全管理を徹底するための取組を行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 安全の確保を目的とした委員会(例、安全対策委員会)などを定期的開催している。 ■ 発生した事故や事故につながりそうな事例の把握を行い、記録・分析している。 ■ 事故防止を利用者一人ひとりに着目して行うため、心身の状況の聞き取りや必要となる器具・設備に配慮している。 ■ 床面、通路、階段などを整理し、安全で自由に移動できる空間を確保している。 ■ チェックリストなどを作成し、定期的に点検している。 補足等：	■ (A) B C ■ ■ ■	安全管理委員会が月1回開催されている。気づきノートを作成しており、日々のケアに気付いたことを記録している。気づきノートに記載された内容は、デイサービス会議の中で利用者の事故につながりそうな問題・課題の検討が行われている。インシデントレポート・業務トラブル報告書に記載された内容は、安全管理委員会で報告・データ化・分析・検討が行われている。フロア・廊下のスペースは広く、移動上、障害になる物品は整理され安全面の配慮が見られる。送迎に使用する車は、安全点検チェックリストでチェックが行われ事故防止、安全管理が行われている。車椅子やデイでの使用器具についてもチェックリストが作成され安全点検が行われている。火災・地震に対して法人マニュアルとは別にデイでマニュアルを作成している。年2回、デイ横にある厨房からの出火を想定し避難誘導訓練を実施している。急変時の対応についても法人のマニュアルに合わせてフローチャートで図式化されたマニュアルを作成し、職員が見やすい電話横に掲示し周知を図っている。個別に緊急時のための対処方法や連絡先も定めて会議録に明示し職員間で共有し、必要に応じて見直している。業務チェック表でシーツ交換、消毒液交換、フロア消毒・車いす消毒など行われ衛生管理・感染症予防が行われている。
2 事故や災害の発生時に適切に対応できる体制を整備している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 事故・災害に対するマニュアルを事業所の実態に応じて作成している。 ■ 職員にマニュアルを周知している。 ■ 事故発生などの緊急時の対処方法や連絡先を定めている。 ■ マニュアルは定期的に検証し、必要に応じて見直している。 補足等：	■ (A) B C ■ ■ ■	感染症についての研修は法人全体の学習会で実施される研修に参加する他、ヘルパー会議の中で行われる学習会でも実施し理解と知識を深めるように取り組んでいる。法人で作成された感染症・食中毒マニュアルに加えて、在宅で考えられる食中毒・感染症の内容をも含めて、感染症ごとの内容が明確になマニュアルを作成している。マニュアルには、予防と発生時の対応も明示されており、職員への周知を図っている。必要に応じてマニュアルの追加、マニュアルの見直しを実施し事業所の実態に即したマニュアル作成が出来る。デイでは、うがいマニュアルを独自で作成し感染予防マニュアルに業務改善で追加している。デイ独自に換気・湿度マニュアルを作成し感染症予防対策を業務改善で追加し実行している。業務チェック表でシーツ交換、消毒液交換、フロア消毒・車いす消毒のチェックが行われている。
3 衛生管理などを徹底している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 職員に衛生管理や感染症対策に関する研修を行っている。 ■ 衛生管理に関するマニュアルを事業所の実態に応じて作成している。 ■ 感染症対策に関するマニュアルを事業所の実態に応じて作成している。 ■ 職員にマニュアルを周知している。 ■ マニュアルは定期的に検証し、必要に応じて見直している。 ■ チェックリストなどを作成し、定期的に点検している。 補足等：	■ (A) B C ■ ■ ■ ■	日々の記録の中で利用者の利用時の体調や健康状態の記載が確認できる。利用中に体調変化をきたしたご利用者の状態を報告・連絡・相談・対応など詳細に日々の記録の中に記載されている。ケース記録の内容は会議録に記載され、記載された内容は在宅サービスセンター科科長が内容の確認を行っている。体調の変化が確認された場合は看護師に相談して、家族への適切な助言が行なわれている。
4 利用者の健康保持に配慮している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 利用者の体調や健康状態の変化を記録している。 ■ 体調や健康状態に変化がある時は、かかりつけ医や嘱託医等に伝えている。 ■ 必要な検査・検診を受けられるよう援助している。 補足等：	■ (A) B C ■ ■	体調の変化が確認された場合は看護師に相談して、家族への適切な助言が行なわれている。

V 地域等との連携

1 地域社会との連携		(A ⁺) A ⁻ B ⁺ B ⁻ C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1 事業所の役割を果たすために必要な地域の関係諸機関・団体と連携している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 必要となる関係諸機関・団体をリスト化している。 ■ それぞれの目的に応じた連携を図るための定期的・具体的な取組を行っている。 ■ 事業所の機能にない分野について、常に連携・協力を得られる専門機関を確保している。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ (A) B C ■ ■ 	(A) B C	宝塚市介護保険事業者協会の作成している関係諸機関・団体のリストを作成している他、関係機関の連絡先一覧も事業所で作成している。緊急連絡先ファイル中に関係機関の連絡先一覧も明示している。阪神ブロックデイサービス部会(半年に1回)、宝塚市介護保険事業者協会通所介護部会(2カ月に1回)に出席して連携を図るよう取り組んでいる。各部会の中では、時期の応じた対応の検討や提供するサービス内容の研修、通所介護での課題の検討が行われ連携と協働を行っている。総施設長が医師でいつでも相談できる体制がある。他、訪問リハビリ部門が法人にありADLやトランスファーに関しての助言や指導を受けることができる。ボランティアを受け入れる際には、「ボランティアを始められる前に」の冊子を作成している。ボランティア受け入れ規定により基本姿勢を明確にし、冊子を元にボランティアの方には説明を行い活動を始めてもらえるようにしている。ボランティア窓口は施設長・担当者は援護課長と定めている。ボランティア活動時には、「ボランティア活動報告書」を提出してもらっている。
	補足等:			
2 ボランティアの受入に配慮している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ ボランティアを受け入れるための基本的な考え方を明文化している。 ■ ボランティアを継続的・計画的に受け入れるための担当者を定めている。 ■ 受け入れたボランティアに対して必要な事前説明をしている。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ (A) B C ■ ■ 	(A) B C	
	補足等:			

V 地域等との連携

2 人材の育成		(A ⁺) A ⁻ B ⁺ B ⁻ C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1 実習生を受け入れる体制を整備している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 実習生を受け入れるための基本的な考え方を明文化している。 ■ 実習生を継続的・計画的に受け入れるための担当者を定めている。 ■ 受け入れた実習生に対してオリエンテーションを実施している。 ■ 実習目的に応じた効果的な実習が行われるために工夫している。 ■ 実習生の受入にあたり、利用者の意向を尊重している。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ (A) B C ■ ■ ■ ■ 	(A) B C	実習指導委員会を定期的に持ち委員会で勉強会を持ち実習指導者への指導体制の整備を行っている。受け入れ前には、学校の実習指導者教務に向いてもらい意見交換や情報交換を行っている。実習指導に関して年1回は研修会を持っている。法人全体で実習生を受けれており、法人の受け入れ担当者が総合的なオリエンテーションを実施し、マニュアルに沿って指導が行われている。実習生受け入れ時には、掲示を行い利用者・家族に受け入れがわかるようにしている。
	補足等:			