

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 やすらぎ訪問介護事業所
- 評価実施期間 2015年 11月 1日 から 2016年 3月 15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 ・ HF06-1-0010 ・ HF06-1-0011 ・ HF12-1-021

総合コメント

特に良い点

- ・事業所の運営について
法人の運営管理体制が確立しており、各部門について規程・マニュアルが整備され、職種別・階層別に会議や委員会が設置され機能している。
- ・サービスの質の向上について
 - ・月に1回のヘルパーミーティングの中で勉強会を実施し、職員の資質向上に取り組んでいる。併設の居宅介護支援事業所のケアマネジャー・看護師の資格を持つ職員が、必要時には利用者宅に同行し、助言・指導を受ける体制がある。また、法人内の会議や、定期的開催される「在住難病患者支援連絡会」でも学ぶ機会がある。
 - ・月に1回、サービス提供責任者が利用者宅を訪問し、モニタリング表に基づいてモニタリングをい、利用者・家族の意向とニーズに基づいたサービス提供に努めている。また、利用者個々の連絡先は「介護サービスの連絡先」として利用者宅に設置し、訪問した全ての職員が速やかに連絡・対応できるようにしている。
 - ・毎月、「サービス提供責任者勉強会議」「ヘルパーミーティング」を実施し、各々の会議の趣旨によりサービスの質向上を目的とした検討・話し合が行われ、情報共有と連携が図られている。

特に改善を要する点

- ・事業計画の評価について
各年度の事業計画の評価については、年度末に「振り返り」として総括的に行われていますが、達成度や次年度の事業計画への見直しとの整合性が明確になっていない部分があります。計画の実施状況の把握・評価を、会議等の機会に計画的・定期的に行い、年度末には総括し、次年度の計画策定につなげることが望まれます。また、評価を行う際には、利用者や家族等の意見を評価材料にできるような工夫を期待します。
- ・安心と安全の確保について
法人としてのマニュアルは整備されていますが、「衛生管理マニュアル」「感染症対策マニュアル」等については、訪問介護事業所としての実態に合わせた内容の充実が望まれます。また、マニュアルについては、おおむね年1回程度、あらかじめ定めた時期に見直しを行い、検討内容・見直しの結果を記録として残すことが望まれます。インシデント・アクシデント事例を分析したり、安全確保について検討する機会を定期的に設けることが望まれます。

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>「理念」「基本方針」を事業所内に掲示し、毎月実施するヘルパーミーティングで読み合せを行い周知と理解を図っている。「理念」「基本方針」を広報誌「まごころ 5月号」に掲載し、利用者・家族に配布している。ホームページにも掲載し、誰でも知ることができるように取り組んでいる。</p>
補足等:			
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>パンフレット・ホームページ・広報誌等により、利用者・家族・広く一般に、事業所が行っているサービスの情報を提供している。契約時には、訪問介護で「できるサービス」と「できないサービス」を明示した資料を用いて説明している。ホームページは定期的に更新し、法人本部が情報発信している。広報誌が半年毎に発行されており、定期的に最新の情報を提供している。パンフレット・ホームページ・広報誌等に連絡先が明示されており、メールでもホームページから問い合わせができる体制が整備されている。</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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ (A) B C ■ 	<p>月に1回、サービス提供責任者勉強会議とヘルパーミーティングを実施し、サービスの質向上を目的とした検討・話し合が行われていることが、会議録で確認できる。サービス提供責任者勉強会議で、全体的なサービスの質向上についての検討を行い、検討した内容をヘルパーミーティングで情報共有し実践につなげている。また、ヘルパーミーティングでは、個々の事例を検討することで全体的なサービスの質向上を図っている。</p> <p>人事考課制度を導入し、年に2回個人面談を行い、詳細な面談シートに基づき、意見・提案を出す機会にもなっている。事業所内では、月に1回のミーティングや毎朝の朝礼でのスピーチが、職員が意見や提案・考え等を表出する機会となっている。</p> <p>月に1回、サービス提供責任者が利用者宅を訪問し、モニタリング表に基づいてモニタリングを行う中で、事業所が行うサービスについても利用者・家族の意見を聞く機会を設けている。出された意見は、ケース記録に記載し、内容に応じてヘルパーミーティング等で適宜検討している。出された意見の対応結果についての、利用者・家族に対する説明・報告について記録を残すには至っていない。</p> <p>施設全体の中長期計画を、平成27年度に策定している。社会福祉事業全体の動向も配慮しながら理念・基本方針の実現に向けた課題を明記し、課題克服のための目標を項目別に、明文化している。中長期計画の内容を基に、事業所ごとに平成27年度事業計画を策定している。各年度の事業計画の評価については、年度末に「振り返り」として総括的に行われ、達成度や次年度の事業計画への見直しとの整合性を明確に確認するには至っていない。計画の実施状況の把握・評価を会議等の機会に計画的・定期的に行い、年度末には総括し、次年度の計画策定につなげることが望まれる。また、PDCAサイクルに基づいた経過について記録に残すことが望まれる。</p> <p>また、評価を行う際には、利用者や家族等の意見を評価材料にできるような聴取方法の工夫が望まれる。</p> <p>キャリアパスの人事考課制度の「業務管理評価シート」の中で、職員一人ひとりに必要な知識や技術を明確にしている。資質向上に向けた目標は「自分が目標にすること」等の項目で明確化されている。毎月のヘルパーミーティングの中で勉強会を実施しているが、計画的な実施には至っていない。外部研修では、障害者自立支援協議会の研修が3ヶ月毎に実施されており参加しているが、計画的参加には至っていない。経験年数や役職等に職員一人一人に合わせた研修の計画の策定が望まれる。研修に関する担当責任者は管理者と定めており、事務分掌で明確にされている。法人内で、役割資格等級基準、昇格基準が明確にされており、人事方針は資質向上に向けた目標と整合がとれている。</p>
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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ (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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ A (B) C □ ■ ■ 	

		補足等:	毎月のヘルパーミーティングの機会に勉強会を実施している。勉強会は計画的ではなくその時々状況に応じて実施している。今後は毎年時期に応じた研修の実績を活かして年間の勉強会の計画を策定し実施することが望まれる。また、年間計画には毎年必要な研修内容を盛り込むことが望まれる。
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。 <input checked="" type="checkbox"/> ■ 職員を外部の研修会に積極的に参加させている。 <input checked="" type="checkbox"/> ■ 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。 <input type="checkbox"/> ■ 職員の個別研修活動を支援している。 <input checked="" type="checkbox"/> ■ 新規採用職員のための体系的な研修プログラムを用意している。 <input type="checkbox"/> 	併設の居宅介護支援事業所への研修案内でも、訪問介護で必要な項目があれば参加呼びかけ、積極的に研修参加支援が行なわれている。外部研修参加後は、参加レポートの提出と伝達研修により、全職員で研修の内容を共有を図り、資質向上に努める取り組みが望まれる。現在は主に勤務時間の調整で支援しているが、必要があれば、就業規則の旅費規程に基づいて受講料・旅費・勤務扱い等支援が行われる仕組みがある。法人内の新入職研修プログラムと「接遇マニュアル」を活用して説明しているが、体系的なプログラムには至っていない。事業所で必要とする内容をマニュアルにまとめ、入職時の研修プログラムに活用することが望まれる。
		補足等:	人事考課の個人面談、ヘルパーミーティングの機会に指導・助言を受ける機会となっている。また、サービス提供責任者が訪問同行する際に指導助言を受ける機会もある。事務所に管理者やサービス提供責任者が常駐しており、いつでも相談・助言を受ける体制整備が行われている。併設の居宅介護支援事業所のケアマネジャー・看護師の資格を持つ職員に直接相談・助言・指導を受ける体制もある。法人内でも様々な職種の職員が在籍しており必要に応じて相談・指導・助言を受ける体制が整備されている。医療機関の講師を招いての法人内で実施された研修に参加し指導助言・相談をできる体制がある。利用者の状態や希望に応じてケアマネジャー・家族を通して看護師や医師から指導・助言を受けることができる。
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。 <input checked="" type="checkbox"/> ■ 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。 <input checked="" type="checkbox"/> □ 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。 <input type="checkbox"/> 	① ② ③
		補足等:	

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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ A (B) C ■ ■ ■ □ 	<p>ケアマネジャーの基本情報・居宅サービス計画書に基づいて、事業所のアセスメントで利用者・家族の意向・希望を聞き取り、個別訪問介護計画書を作成する取り組みがある。「訪問介護の業務内容」という資料を利用者・家族に提示し、サービス内容の選択ができるように説明している。また、「訪問介護の禁止行為」の資料で「できること」「できない事」の説明を行いサービス選択の情報提供を行っている。利用者の希望で「できること」「できないこと」の理解を十分に得るために必要に応じてケアマネジャーにも同行してもらい説明を行い理解を得る取り組みを行うこともある。利用者が意向や同意を表明できない場合には、ケアマネジャーに取り次ぎ、成年後見制度等必要な制度が活用できるように支援している。契約時に使用する書式や、提示・配布する書面のファイルはあるが、説明・同意に関するマニュアルの策定には至っていない。今後は、説明する職員によりばらつきが生じないようにマニュアルの策定が望まれる。</p> <p>法人共通のマニュアルと書式を使用し苦情を明らかにし解決までの流れが明確化されている。重要事項説明書の中に第三者委員を明示し説明を行っている。苦情受付対応票で明確にされた苦情を当月に行われる在宅福祉事業部連絡会で報告して情報共有を図り、再発防止・未然防止に努めている。事業所内ではヘルパーミーティングの機会に伝達し未然防止やサービスに反映させるようにしている。</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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ (A) B 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"> □ 行事などへの参加は、利用者の選択に任せている。 □ 利用者の興味を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。 	<ul style="list-style-type: none"> □ A B C □ 	
		補足等:		

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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ (A) B C ■ ■ 	<p>「基本理念」「淡路島福祉会プライバシーポリシー」の中に、人権やプライバシーを確保するための基本姿勢を明確にしている。法人のプライバシーマニュアルの中に、「個人情報保護について」「自尊心保護について」として、項目別に明示している。訪問介護の業務マニュアル中に入浴や排泄のプライバシーに関する注意事項などを明示している。重要事項説明書にプライバシー保護について説明し、第三者と公的な相談窓口を明示し説明を行っている。</p> <p>個人情報保護マニュアルに、施設長を個人情報に関する管理責任者と定めている。書類の保管は、文書取扱規程で書庫での施錠管理を明示している。個人情報に関する書類は、各事業所で個別ファイルに綴じ、施錠の上保管している。法人で統一された様式の個人情報使用同意書で契約時に説明し同意を得ている。入職時に提出する守秘義務についての誓約書で、退職後の守秘義務についても明確にしている。</p> <p>文書取扱規程で情報の収集・保管・廃棄までの過程における手順を定め、別紙で文書毎に保管期間を定めている。</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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ (A) B 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"> □ 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。 □ 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。 □ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> □ A B C □ □ 	
		補足等:		

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>「利用者基本情報」を用いて情報収集・アセスメントを行い課題・目標を明らかにしている。利用者の希望や要望・居宅サービス計画書等から目標達成のために必要なサービス内容を明確にし、訪問介護計画の作成を行っている。訪問介護計画の作成統括責任者はサービス提供責任者としており、事務分掌で明確にしている。(訪問介護計画書に管理責任者を明示することが望まれる。)</p> <p>「サービス提供記録簿」の「特記事項」欄や、ケアマネジャーへの月例報告の際の意見聴取により、職員の意見や気づきは把握しているが、訪問介護計画との連動性は明確ではない。訪問介護計画作成に、職員が参加できる仕組み作りが望まれる。</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>法人が食事・排泄・入浴等個々のサービスについての標準的な方法を明示した「介護マニュアル」を作成している。また、「介護マニュアル」を基に、事業所独自のマニュアルも作成している。上記マニュアルの実施方法を基に利用者個々の手順書を作成し、サービスの実施に活かしている。法人の「介護マニュアル」は平成26年4月見直しの明示がある。事業所独自のマニュアルは、ヘルパーミーティングの機会に随時見直しを実施しているが、定期的な見直しは行っていない。マニュアルについては、おおむね年1回程度、あらかじめ定めた時期に見直しを行い、検討内容・見直しの結果を記録として残すことが望まれる。</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。 <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ (A) B C ■ 	<p>事業所内では「連絡ノート」を活用し、利用者の状況・事後の連絡等について情報共有を行っている。連絡ノートには確認印を押し、周知を確認している。また、ケアマネジャーには、「利用者状況報告書」を毎月提出し、利用者の状況を報告している。ケース会議は、月に1回定期的に行うヘルパーミーティングの機会に行っている。ケース会議では訪問時の利用者の状態・状況を共有し、職員からの気づきや意見を出し合い検討している。ヘルパーミーティングに出席できなかった職員は、議事録の閲覧で共有している。</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。 <p>補足等:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ A (B) C ■ ■ □ 	<p>利用者一人ひとりのサービス実施状況は、「サービス提供記録簿」に訪問毎に記録を残し、保管している。特記事項欄には提供したサービスに対しての観察内容や変化などが明記されている。利用者一人ひとりのサービス実施状況の総合的な管理責任者は管理者・サービス提供責任者であるとし、「サービス提供記録簿」の捺印欄でも明確にしている。サービス実施時・後の利用者・家族の状況の変化は「サービス提供記録簿」により、計画作成担当者であるサービス提供責任者に報告している。また、緊急の場合は、電話でも報告している。サービス提供責任者は、「サービス提供記録簿」の「特記欄」や毎月のモニタリング訪問の結果から、目標に対する実施・達成状況を定期的に評価し、「個別訪問介護計画書」の「評価欄」に記入する仕組みがある。</p>
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。 <p>補足等:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ A (B) C ■ □ ■ 	<p>「個別訪問介護計画」の「評価欄」には、根拠を明記した評価と、評価日・評価者を明確に記入することが望まれる。「個別訪問介護計画」の「評価欄」に、「目標に対する達成状況の評価を」記入し、それを基に訪問介護計画を見直す仕組みがある。サービス提供責任者が毎月利用者宅を訪問し、「モニタリング表」に基づいてモニタリングを行い、利用者・家族からの希望を踏まえ介護計画の見直しを行っている。利用者・家族からサービス内容の変更の希望があれば、ケアマネジャーに報告し、居宅サービス計画書の変更に基づいて訪問介護計画書の変更を行っているが、文書で手順を明らかにするには至っていない。手順を明文化し、契約時に利用者・家族にも説明し理解を得ておくことが望まれる。変更後の「個別訪問介護計画書」には同意日・署名捺印を得て、理解を得ていることを確認した。</p>

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
<p>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。</p>	<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。 <p>補足等:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ A (B) C ■ ■ ■ □ ■ ■ 	<p>各サービス提供についての標準的なマニュアルを基に、「個別訪問介護計画書」と「ケア手順書」により個別具体的な方法を明示している。</p> <p>意思疎通: ALSの利用者と瞬きによるチャットでコミュニケーションをとる旨をケア手順書に明示している。</p>
<p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ 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。 □ 理・美容室の利用など、希望に応じた支援を行っている。 <p>補足等:</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ A B C □ 	<p>食事: 利用者の身体状況に応じて調理と食事介助の個別の方法をケア手順書に明示している。</p> <p>入浴: 利用者の身体状況・羞恥心への配慮に応じた、入浴・清拭についての個別の対応方法をケア手順書に記載している。</p> <p>排泄: 利用者の身体状況に応じた、オムツ交換についての個別の対応方法をケア手順書に記載している。</p>
<p>3 余暇活動や生きがいがづくりへの支援を行っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ 余暇活動や生きがいがづくりに対する意向を把握する取組がある。 □ 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。 □ 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。 <p>補足等:</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ A B C □ □ 	<p>更衣: 整容の中での行為について、麻痺による行為の手順・留意点をケア手順書に明示している。</p> <p>心理面: 認知症状で不穏になる利用者について、声かけをしながら落ち着いて家族の帰宅を待つように支援することをケア手順書に明記している。</p>
<p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ 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。 □ 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。 □ 外出や外泊の機会を持てるように支援している。 <p>補足等:</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ A B C □ □ 	<p>重要事項説明書に「苦情相談窓口」を明示し、相談相手を選択できるように第三者委員・行政機関の窓口も明示している。相談に関する標準的な対応方法は、法人の苦情受付マニュアルの中の、苦情解決の流れを明確にしたフローチャートとしている。相談については、相談内容に応じて、事業所内・ケアマネジャー・家族等、相談相手や対応方法が多岐にわたるため、苦情解決とは違うフローチャートの作成が望ましい。</p> <p>事業所が提供しているサービス以外に課題や問題が生じた場合には、ケアマネジャーに報告、し課題・問題を解決できるように取次ぎを含めて行うようにしている。</p>
<p>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。</p>	<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。 <p>補足等:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ A (B) C □ ■ 	<p>事故や事故に繋がりがちな状況があれば、担当ケアマネジャーに事業所を通して連絡・報告を行い対応している。対応や連絡は「サービス提供記録簿」の備考欄に記載すると共に、ケース記録にも記載している。</p> <p>契約時に緊急連絡先を2か所以上把握し、「介護サービスの連絡先」として書面化して「サービス提供記録簿」ファイルに貼付し利用者宅にも設置している。契約書の「事業者の義務」の項目にサービス提供記録等の情報開示に応じることが記載され、契約時に利用者・家族に説明しているが、請求の事例はない。法人の文書取り扱い規程にも、手続き・手順について明文化している。</p>
<p>6 利用者の状況を利用者の家族等へ情報提供している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ 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。 <p>補足等:</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ 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"/>	
	補足等:			
2 快適な食事環境の整備に配慮している。	<input 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 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 type="checkbox"/> A B C <input type="checkbox"/>	
	補足等:			
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"/>	
	補足等:			
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"/> <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。 	<input type="checkbox"/> A (B) C <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<p>訪問中の事故発生時は、担当ヘルパーが電話や口頭で、サービス提供責任者・ケアマネージャに報告し、事故内容や対応を個別の記録用紙に残すようにしているが、訪問介護事業所としては安全確保を目的とした委員会は設置していない。事故発生事例は口頭で報告され、法人共通の「インシデント・アクシデントレポート」に記載し記録として残しているが、事例のデータ集積・分析にまで至っていない。事故・ヒヤリハット事例のデータ集積・分析を行い、事故予防についてヘルパーミーティング・勉強会等で事象事例の把握・検討・分析を行い予防につなげる取り組みが望まれる。「利用者基本情報」の「ADL等評価表」に、ADLと共に、杖・シルバーカー・歩行器・車椅子等、必要な器具などを明記し、支援方法に反映している。利用者が自宅で安全に過ごすことができるように「動線確保」としてサービス提供していることをサービス提供記録簿で確認した。戸締り・火元・電気・動線確保として確認欄がサービス提供記録簿にありチェック確認を行っている。</p> <p>訪問時の事故・急変等のフローチャートが「訪問時の緊急対応マニュアル」として作成されている。ヘルパーミーティングの中での勉強会で、マニュアルを用いて研修し周知を図っている。フローチャートの中に連絡先も明示している。また、利用者個々の連絡先は「介護サービスの連絡先」として書面化して利用者宅に設置し、訪問した全ての職員が速やかに連絡・対応できるようにしている。マニュアルの定期的な見直しは行っていない。マニュアルについては、おおむね年1回程度、あらかじめ定めた時期に見直しを行い、検討内容・見直しの結果を記録として残すことが望まれる。</p> <p>衛生管理・感染症対策について「感染症・食中毒マニュアル」を作成し、毎月開催されるヘルパーミーティングの勉強会の機会にマニュアルに基づいた研修を行い周知を図っている。「衛生管理マニュアル」「感染症対策マニュアル」は、訪問介護事業所としての実態に合わせたマニュアルとして、内容の充実が望まれる。</p> <p>マニュアルの定期的な見直しは行っていない。マニュアルについては、おおむね年1回程度、あらかじめ定めた時期に見直しを行い、検討内容・見直しの結果を記録として残すことが望まれる。サービス提供責任者が毎月作成する報告書に衛生管理について課題・問題ありなしを明示する等、衛生管理・感染症対策の実施状況を定期的に確認チェックすることが望まれる。</p> <p>「サービス提供記録簿」の身体介護の「バイタルチェック」欄に体温・血圧のチェックを行い記載している。健康チェックした際に体調の変化やバイタルに異常が認められた時は、担当ヘルパーから事業所に報告している。報告を受けた事業所からケアマネージャに伝達され主治医に連絡する流れになっている。契約時に家族・往診医・訪問看護師等連絡先を確認し、ケアマネジャーと連携を取りながら、状態を報告すると共に必要な検査検診を受けられるようにも支援している。</p>
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。 	<input checked="" type="checkbox"/> A (B) C <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
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。 	<input checked="" type="checkbox"/> A (B) C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
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。 	<input checked="" type="checkbox"/> (A) B C <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
		補足等:		

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 ■ ■ 	行政・関連事業所の連絡先が明示された「事業所連絡先一覧表」をリスト化している。定期的開催される「在住難病患者支援連絡会」に参加して連携を図っている。課題や相談のほとんどは法人内で解決できているが、事業所の機能にない分野については、支援センター等を通じて連携・協力を得られる専門機関を確保している。
	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 □ □ 	
	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 ■ ■ ■ 	法人共通の実習生受け入れマニュアルを使用している。現在初任者研修の実習生受け入れを行っている。マニュアルには受け入れに対しての基本的な姿勢・考え方を明文化している。実習生受け入れの責任者はサービス提供責任者としている。「受講者の心得」を配布して実習生にオリエンテーションを行っている。初任者研修プログラムに沿って実習を行い、実習報告書作成と報告書内に指導者のコメントを記載することで、効果的な実習が行えるように支援している。実習生が訪問する利用者・家族から承諾書を受け、理解を得た上で実習を受け入れてもらっている。
	補足等:			