

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 老人保健施設ひまわり(通所リハビリ)
- 評価実施期間 2015年 7月 19日 から 2016年 3月 30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・HF12-1-022

総合コメント

特に良い点

毎年法人基本方針から事業所の事業計画書を策定し、理念の具体的な実現に向けて取り組み、浸透を図っている。プライバシーポリシーとして法人全体で人権・個人情報保護、データ管理など広く詳細に規定を行い、個人情報に関する方針(プライバシーポリシー)が作成され、マニュアル化されている。契約時に利用者・家族には契約書・重要事項説明書の説明時にプライバシーや人権に対する法人全体の方針について説明し相談できる窓口についても明示し説明を行っている。通所リハビリテーションとしての特色を含めた事業所独自のインテークシートで、利用者・家族から収集した情報や身体状況・日常生活動作能力でアセスメントを行い、リハビリテーション実施計画書を作成している。リハビリテーション実施計画書にはニーズ・介護状況・身体状況を評価し課題を明確にしてリハビリの実施計画を明確にしている。また実施計画書の中には、生活目標・練習内容の詳細も明記している。インシデントアクシデントレポートを全職員が内容を確認し情報共有を図っている。

安全管理に関しては、インシデントアクシデントレポートの項目に従って法人・施設全体でデータ集計を行い安全対策委員会で内容の検討を行っている。

リハビリ室は段差もなく明るく広く、整理整頓が行き届き安全で自由に移動できる空間が確保されている。リハビリで使用する機種別に保守・点検表を作成しチェックを日常、一か月、年でそれぞれ項目を設けチェック確認を行っている。

利用者個別の記録の中にバイタルサインの記載がなされ、看護・リハビリ・介護の職種別に観察した内容が記載されている。体調の変化があれば看護師に連絡報告を行い、看護の欄に体調変化やバイタルサインの再検の記載をしてる。必要に応じて家族やかかりつけ医へ連絡を取り支援すると共にかかりつけ医等との連携のもとに、必要な検査・検診を受けることができるよう支援している。

特に改善を要する点

サービスの質の向上に向けた計画的な取組については、事業計画から出された課題及び重点施策から職員が取り組む具体的な内容まで落とし込みを行い、実践状況を確認し目標の評価を行っていくことが望まれる。また、事業計画の評価を実施するために、利用者、家族からの意見を聞く機会を持つ事が望ましい。

事故発生時には、緊急時マニュアルで速やかに連絡を行い、対応するように手順が法人全体で明確にされているが、法人全体で作成した緊急時対応マニュアルを基に通所リハビリの特色を踏まえた事故・緊急時の対応マニュアル・手順書の作成が望まれる。

マニュアル作成・見直し・修正時には、全職員への周知を図るための資料の配布だけでなく、研修・実施指導で周知徹底を図る取組が望まれる。

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。 		(A) B C	法人の広報誌を配布している。玄関にも設置いつでも見ることができるようにしている。総合パンフレットには理念を明示している。関係機関である行政・利用しているサービス事業所には、「まごころ」の広報誌を配布している。広報誌には、理念を明示している。利用の可能性のある地域の住民には、現在のところ理念の浸透を図ることができる取り組みをするには至っていない。 基本方針については、毎年法人の事業方針から各部署の長が法人基本方針から事業所の事業計画書を策定し、年度初めに職員へ説明を行い理念の具体的な実現に向けた取り組みの説明を事業計画を持って説明を行い浸透を図っている。サービス提供の流れの書面を作成し、利用者が具体的にサービス内容を明示し、より具体的な内容がわかる文書も作成し説明を加え選択できる情報の提供を行っている。ホームページにもサービス内容が分かりやすいように明示している。法人全体で現在「総合パンフレット」を作成中である。 事業所の特色を踏まえた事業所が提供できるサービス内容が説明でき、利用者・家族が選択できる情報提供ができる資料の作成が望ましい。 利用者・家族からの相談に対し、担当者が不在の場合でもデイサービス職員だけでなく併設施設職員誰もが回答が出来る状況にある。
	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。 		(A) B C	
	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。	<input checked="" type="checkbox"/> サービスの質向上を目的とした委員会などを定期的開催している。 <input checked="" type="checkbox"/> 委員会などの検討内容や結果を記録している。	(A) B C	毎月1回通所リハビリ会議開催している。また、サービスの質向上委員会を法人全体で昨年度の評価結果を踏まえ開催し、法人全体で質向上に取り組んでいる。 通所リハビリ会議の中で車いすについて・誤嚥予防についてなど具体的なサービスの内容を検討し、職員で周知しサービスに反映させるようにしていることが議事録で確認できる。各ケアマネ職員別に一冊の連絡ノートを作成し情報共有を図っている。日々様々な課題や問題に応じての職員からの意見や提案が出され会議の席で検討し、反映させるように取り組んでいる。今後は、日々出される意見や提案を業務やサービスに速やかに反映させるためにも漏れがないように記録として残すことが望まれる。毎月1回介護者教室を開催し、介護者の交流会の機会に意見や要望を聴取するようにしている。デイケア手帳で家族からの意見連絡欄で意見や要望を聴取している。出された意見や要望は終了ミーティングで話し合いを行い、連絡帳で報告を行っている。法人の中長期計画を基に在宅全体の「在宅福祉事業部基本方針」を定め、各事業所で年度の事業計画書を策定している。各事業所で事業方針・事業の目的・事業体制・事業内容・課題及び重点施策までを明確にしている。課題及び重点施策には、事業所の実態に応じた課題も入れている。キャリアパスを導入しており、キャリアパスの中で「業務管理・評価シート」のグループ目標を事業計画の中から職員個別に掲げており、面談を通して職員の意見を聴取する機会となっている。 連絡会での説明や各事業所の事業計画書を配布し職員への浸透を図っている。 事業計画から出された課題及び重点施策から職員が取り組む具体的な内容まで落とし込みを行い、実践状況を確認し目標を評価を行っていくことが望まれる。 事業計画の評価を実施するために、利用者、家族からの意見を聞く機会を持つ事が望ましく法人の中長期計画を基に在宅全体の「在宅福祉事業部基本方針」を定め、各事業所で年度の事業計画書を策定している。各事業所で事業方針・事業の目的・事業体制・事業内容・課題及び重点施策までを明確にしている。課題及び重点施策には、事業所の実態に応じた課題も入れている。キャリアパスを導入しており、キャリアパスの中で「業務管理・評価シート」のグループ目標を事業計画の中から職員個別に掲げており、面談を通して職員の意見を聴取する機会となっている。 連絡会での説明や各事業所の事業計画書を配布し職員への浸透を図っている。 事業計画から出された課題及び重点施策から職員が取り組む具体的な内容まで落とし込みを行い、実践状況を確認し目標を評価を行っていくことが望まれる。 事業計画の評価を実施するために、利用者、家族からの意見を聞く機会を持つ事が望ましく法人の中長期計画を基に在宅全体の「在宅福祉事業部基本方針」を定め、各事業所で年度の事業計画書を策定している。各事業所で事業方針・事業の目的・事業体制・事業内容・課題及び重点施策までを明確にしている。課題及び重点施策には、事業所の実態に応じた課題も入れている。キャリアパスを導入しており、キャリアパスの中で「業務管理・評価シート」のグループ目標を事業計画の中から職員個別に掲げており、面談を通して職員の意見を聴取する機会となっている。 連絡会での説明や各事業所の事業計画書を配布し職員への浸透を図っている。 事業計画から出された課題及び重点施策から職員が取り組む具体的な内容まで落とし込みを行い、実践状況を確認し目標を評価を行っていくことが望まれる。 事業計画の評価を実施するために、利用者、家族からの意見を聞く機会を持つ事が望ましくキャリアパスで人事考課制度を導入しており、年2回の面談は一次評価、二次評価を行い、評価項目に従い、指導・助言が行われるようになっている。デイ会議等で施設長、各事業所の管理者から必要に応じて指導助言を受けることができる体制が整備されている。 必要に応じて地域包括支援センターや関連医療機関の専門職から相談・助言を受けることもできる。
2	サービスの質の向上への取組に職員が参加している。	<input checked="" type="checkbox"/> 定期的に職員からの提案を募集している。 <input checked="" type="checkbox"/> 職員の意見を聴取するための場を設けている。	(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。	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 出された意見を検討している。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	(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。	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 事業計画の評価を行うために、職員の意見を聞いている。 <input type="checkbox"/> 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。	A (B) C	
5	職員の資質向上に向けた体制を整備している。	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	A (B) C	
6	職員の研修機会を確保している。	<input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" 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系統的な研修プログラムを用意している。	(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。	<input checked="" type="checkbox"/> 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。	(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
<p>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。</p>	<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。 <p>補足等:</p>	<p>(A) B C</p> <p>各サービス事業所のパンフレットを収集しサービス種別にファイルし課題から出された必要なサービス事業所を提示し、選択しやすいようにしている。居宅サービス計画書やインテークから利用者・家族の希望を把握している。成年後見制度等の公的な支援を受けることができることは必要に応じて説明している。</p>
<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。</p>	<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。 <p>補足等:</p>	<p>(A) B C</p> <p>利用者・家族への契約書・重要事項説明書の項目に沿ってフローチャートで説明を行っている。重要事項説明書に苦情・相談窓口として連絡先・担当者を明確にし、契約時に説明を行っている。法人で第三者委員を設置している。苦情受付対応票で受付を行い内容を明確にし、解決に向けた対応・経過も書面に残している。苦情に関するデータを蓄積している。法人全体で実施しているサービスの質の向上委員会が平成26年度に集計を行っている途中である。現在苦情分類を行い集計結果から分析を行う用意をしている。</p>
<p>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。</p>	<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。 <p>補足等:</p>	<p>A B C</p>

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>淡路島福祉会プライバシーポリシーとして法人全体で人権・個人情報保護、データ管理など広く詳細に規定を行い、個人情報に関する方針(プライバシーポリシー)が作成され、マニュアル化されている。マニュアルの見直しを行っている。契約時に利用者・家族には契約書・重要事項説明書の説明時にプライバシーや人権に対する法人全体の方針について説明し相談できる窓口についても明示し説明を行っている。</p> <p>契約時に個人情報についての説明を行い、使用の同意を得ている。個人情報の管理責任者を管理者としている。個人情報の使用同意書の中に使用にあたっての条件に使用の範囲を明確にして同意を得ている。職員採用時に全職員に対して守秘義務に関する誓約書を取っている。法人全体で文書取扱規定を見直しを行い、文書の廃棄方法についても明確に定めている。</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。 	<input checked="" type="checkbox"/> (A) B C <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<p>施設で使用しているインテークシートで通所リハビリテーションとしての特色を含めた事業所独自のインテークシートを作成しており、利用者・家族等から収集した情報を記載している。インテークシートの身体状況・日常生活動作能力でアセスメントを行い、リハビリテーション実施計画書を作成している。リハビリテーション実施計画書に計画作成時の把握・確認できたニーズ・介護状況・身体状況を評価し課題を明確にしてリハビリの実施計画を明確にしている。またリハビリテーション実施計画書の中には、生活目標・練習内容の詳細も明記している。計画を統括する作成責任者を理学療法士と定めており、計画はミーティングの機会に職員からの意見や提案を受け計画を作成している。</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。 	<input checked="" type="checkbox"/> A (B) C <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>法人で作成されたマニュアルを基に通所リハビリでサービス提供の流れに応じてマニュアルを作成している。マニュアルを基に、個別の計画書を作成し、利用個々の利用や送迎などに関して支援方法・注意事項を明確にしている。シートには個人の情報として、個々の支援に対して注意する事項も明記し統一して支援が行えるように定めている。毎月1回開催している通所リハビリ会議でトランスファーの研修を評価前月に実施している。法人全体でマニュアルの見直しが行われている。前回の評価結果を基に法人全体で見直し・修正・作成されたマニュアルの浸透を図るための研修の実施が望まれる。デイケア日誌で情報を伝達・共有を図るようにしている。その他報告・連絡・相談ノートで業務や支援上統一して実施する必要のある情報が確実に伝わるように記載し職員個々が印を押し伝わっている。介護記録をデータ入力でバイタルサイン・看護・リハビリ・介護等、利用時の利用者の状態を記録で残し、日別に気づきノートとして当日利用者の状態を一覧で明確にし職員が情報を共有しやすいようにも取り組んでいる。気づきノートには、職員からの気づきを記載すると共にミーティングでも情報共有し、利用者への支援を充足させるように取り組んでいる。</p>
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。 	<input checked="" type="checkbox"/> (A) B C <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
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。 	<input checked="" type="checkbox"/> (A) B C <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<p>利用者の日々の記録を2週間毎にプリントアウトし介護主任が内容を確認している。実施状況の総合的な管理責任者を支援相談員として職務分掌で明確にしている。担当ケアマネジャーが開催するサービス担当者会議に出席し居宅サービス計画書に基づいたサービスの提供状況を報告している。毎月利用者のニーズ・援助課題に応じて担当職員がモニタリングを実施し見直しの必要性について確認・評価している。リハビリテーション実施計画書には、前回計画書作成からの改善・変化等で達成状況を明文化し次への課題を明確にし計画の見直しを行っている。通所リハビリテーション利用者状況報告で毎月利用者の身体状況やADLの状況確認を行い、評価をしている。評価結果を踏まえて計画の見直しを行っている。送迎時に送迎担当職員へ利用者家族からリハビリに対する希望や要望の申し出があり、理学療法士に伝えられ計画に反映させるようにしている。現在リハビリに対する変更の希望はないが、介護に対する変更の希望があり、介護計画書に希望の変更内容を盛り込み家族に書面で説明を行い同意を得ている。サービス提供の流れの中に計画の見直しの手順及びサービス内容を変更したい場合、その窓口から要望に対する検討の流れを明確に説明できる資料の作成が望ましい。</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。 	<input checked="" type="checkbox"/> A (B) C <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
補足等:				

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	<p>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>	<input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	(B)	<p>昨年度の評価結果を基に法人全体でマニュアル検討委員会を立ち上げすべてのマニュアルの見直し、修正・作成を行っている。</p> <p>意思疎通に関しては、コミュニケーションとして法人全体で現在作成中である。</p> <p>介護マニュアルに入浴・着脱・身だしなみ実習生受け入れ・ボランティア・排泄・食事等については法人のマニュアルを基準としている。送迎時に送迎担当職員へ直接家族の方から相談がある。玄関に職員の顔写真入りで職種が明示されており、利用者が相談内容により選択して相談できるようにしている。契約時には相談があれば介護主任が相談を受け付けることを説明している。重要講読書にも相談や苦情があれば相談苦情に応じることを明示し、窓口担当者を明示し説明を行っている。</p> <p>デイ手帳には、家族から意見や相談・苦情を記載する欄を設けている。利用者・家族が相談を申し出て受付・対応の流れをフローチャートなどのわかりやすい図などを作成し利用者・家族に説明を行い積極的な対応につなげる取り組みが望まれる。デイ手帳で利用者の利用時の様子を家族に報告するようにしている。また、月1回担当職員が利用者の利用時の様子を記載した報告書を作成しケアマネジャーに情報提供している。</p> <p>交通事故対応の手順でデイの送迎時の事故の対応手順が明確にされている。緊急時マニュアルで事故発生時には速やかに連絡を行い、対応するように手順が法人全体で明確にされている。法人全体で作成した緊急時対応マニュアルを基に通所リハビリの特色を踏まえた事故・緊急時の対応マニュアル・手順書の作成が望まれる。重要事項説明書に利用者・家族の希望に応じて情報の開示を行う旨を明示し説明・同意を得ている。</p>
2	<p>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>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	A B C	
3	<p>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>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	A B C	
4	<p>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>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	A B C	
5	<p>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>	<input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	(A) B C	
6	<p>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>	<input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	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。 補足等：		<input type="checkbox"/> A B C	利用者の嚥下や咀嚼を利用開始時には、インテークシートで確認している。利用開始後は日々の利用状況から把握し、「通所リハビリ食事表」で提供形態や嗜好を明確にしている。さらに、食事の摂取状況も詳細に把握するようにチェック表を用いている。マニュアルの中にも食事を楽しむことができるような工夫を具体的に明示している。行事食が提供された時には、利用者本人に職員が聴き取りで嗜好調査を行い食事が楽しめる工夫につなげるようにしている。
2 快適な食事環境の整備に配慮している。	<input 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。 補足等：		<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。 補足等：		<input type="checkbox"/> A B C	
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。 補足等：		<input type="checkbox"/> A B C	

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)などを定期的で開催している。 ■ 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。 		(A) B C	<p>インシデントアクシデントレポートを全職員が内容を確認し情報共有を図っている。出されたインシデントアクシデントレポートは、レポートの項目に従って法人・施設全体でデータ集計を行い安全対策委員会で内容の検討を行っている。段差もなく明るく広いリハビリ室は整理整頓が行き届き安全で自由に移動できる空間が確保されている。</p> <p>リハビリで使用する機種別に保守・点検表を作成しチェックを日常、一か月、年でそれぞれ項目を設けチェック確認を行っている。今後は、通所リハビリでの独自のデータ集積を行い、通所リハビリとしての事故予防につなげる取り組みが望まれる。法人全体で取り組んだマニュアル検討委員会で事故・災害に対するマニュアルを整備している。マニュアルに基づいて防災訓練を昼夜想定をして年4回の実施を行い周知を図っている。</p> <p>送迎マニュアルの中に事故・緊急時の連絡先・連絡の流れをフローチャートのわかりやすい図式を使用して明示し、職員がいつでも確認できるように設置している。</p> <p>マニュアル作成・見直し・修正時には、全職員への周知を図るために資料の配布だけでなく、研修・実施指導で周知徹底を図る取り組みが望まれる。</p> <p>見直しを行う際には、各職員からもマニュアル見直しへの意見や提案の意向確認を行い、定期的な見直しを行っていく取り組みが望まれる。感染症対策委員会で実施された衛生管理や感染症対策に関する研修を委員会に出席した職員が講師となり、通所リハビリ会議で復講を行うようにしている。各委員会の議事録は全職員が閲覧・回覧している。</p> <p>業務上、全職員への周知徹底が重要なことがあれば会議で話し合い、会議後にレポート提出を行い周知状況を深めるように取り組んでいる。また事業所内で必要な項目、内容のDVDを用いて視聴覚研修を行い、各職員が視聴後感想・レポートの記載をしてもらい周知を図っている。感染対策委員会で作成した衛生管理・感染症マニュアルが作成されている。法人のマニュアル検討委員会今年度も見直しが行われる予定である。職員チェック表で職員個々の健康チェックが行われ職員の健康の自己管理の徹底が行われている。通所リハビリの管理場所に応じて毎週安全点検を行っていることが表で確認できる。衛生・清潔保持に関して通所リハビリとしてのチェック表の作成が望ましい。利用者個別の記録の中にバイタルサインの記載がなされ、看護・リハビリ・介護の職種別に観察した内容が記載されている。体調の変化があれば看護の欄に体調変化やバイタルサインの再検の記載をする。体調の変化があれば看護師に連絡報告を行い、必要に応じて家族やかかりつけ医へ連絡を取り支援すると共にかかりつけ医等との連携のもとに、必要な検査・検診を受けることができるよう支援している。</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。 		(A) B C	
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。 		(A) B C	
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。 		(A) B C	
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 ■ ■ 	(A) B C	送迎マニュアルの中に居宅介護支援事業所や消防署などデイサービスとしての関係機関の連絡先を明示している。 外部との連携が必要な場合には、施設長に相談を行い、施設長・支援相談員と協力・連携を図りながら地域との連携を図るように取り組んでいる。法人全体で作成したボランティアの受け入れマニュアルを使用している。通所リハビリ独自のボランティアの受け入れではなく、施設全体でボランティアの受け入れを行っている。夏祭りは、隣接する施設と共に開催し、地域の来訪者の受け入れやボランティアの受け入れを行うようにしている。マニュアルの中に事前説明の内容に従って説明し、特に個人情報保護については説明を加えて行っている。
	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	実習生を受け入れ、実習生が担当する利用者の方には、実習生受け入れマニュアルに従って説明を行い、誓約書で個人情報保護の同意を提出し徹底を図っている。実習生受け入れのオリエンテーションは各種養成校の臨床実習手引きの内容に従って実施するようにしている。 臨床実習の手引きに従い、様々な体験ができるようにしている。実習生・ボランティア受け入れに関して、利用者・家族の意向確認が必要となる。
	補足等:			