

## 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 ケアプランセンター宝塚あいわ苑
- 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-0401006 ・ K-0401008

### 総合コメント

#### 特に良い点

事業所は法人理念をもとに目標を掲げ、質の高いサービスを提供する上での基本とし、年に1回行われている倫理法令遵守の研修で理念について周知と理解を促す機会を設けている。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。

利用者やその家族等の意向は、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。事業所のサービス内容については、利用希望者にいつでも適切に情報提供ができるよう、リーフレット・ホームページに情報が掲載されている。更に、各サービス担当者の参加がある担当者会議を開催し、利用者のニーズを明確にすると共に、利用者の要望や意向が反映された居宅サービス計画書を作成しており、援助目標も利用者のニーズに沿った目標となっている。、利用者一人ひとりに個別性のある支援について、ケアマネジャーにより違いが生じないよう、ケアプラン立案からサービス提供に至るまでの対応についてマニュアルが定めている。フェイスシートやアセスメントシートから明確になった課題をもとに目標を設定し、目標達成を可能にするためのサービス内容の選択や個別・具体的な援助方法が記録により確認できる。

#### 特に改善を要する点

サービスの質向上を目的とした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。

マニュアルの見直しについては、加算要件の変更に伴った見直しがなされているが、定期的な見直しとして、概ね1年に1回の見直しを行うことが望ましい。

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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ (A) B C</li> <li>■</li> <li>■</li> </ul>	<p>法人理念は事業所内の誰もが分かりやすい位置に掲示すると共に、職員の名札の裏に明示され周知に努めている。毎朝の朝礼でも唱和されていたが、組織編成の都合上、全体朝礼が難しい状況となった為、次年度より月に1回実施予定の全体会や各委員会・会議にて、理念の共有と浸透を図る取り組みを計画している。また、年に1回行われている倫理法令遵守の研修で理念について周知と理解を促す機会を設けている。更に、事業所では法人理念をもとに目標を掲げ、質の高いサービスを提供する上での基本としている。パンフレットや、年に4回発行されている地域向けの広報誌「みらい」やホームページに基本理念が明示され、また、地域の福祉部会に法人として施設長が参加する事で、地域住民等の理解や協力が得られるよう取り組んでいる。</p> <p>事業所のサービス内容については、利用希望者にいつでも適切に情報提供ができるようリーフレット・ホームページに掲載されている。在宅サービスセンター開設時にパンフレット・リーフレットを見直し、利用希望者がさらに情報収集しやすくなるように改訂している。利用希望者等からの電話問い合わせについては、迅速に専門部門に取り次ぐ体制を整え、ケアプランセンターへの問い合わせは、事務所のケアマネジャーが速やかに対応・説明できるよう取り組んでいる。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され、法人代表電話番号だけでなく事業所問い合わせ電話番号の掲載がある。</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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 質問に応じて説明を行う用意がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ (A) B C</li> <li>■</li> <li>■</li> <li>■</li> </ul>	
		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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 委員会などの検討内容や結果を記録している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ (A) B C</li> <li>■</li> </ul>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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てたり、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。</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"> <li>■ 定期的に職員からの提案を募集している。</li> <li>■ 職員の意見を聴取するための場を設けている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ (A) B C</li> <li>■</li> </ul>	
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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 出された意見を検討している。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ (A) B C</li> <li>■</li> <li>■</li> </ul>	
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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 事業計画の評価を行うために、職員の意見を聞いている。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ (A) B C</li> <li>■</li> <li>■</li> <li>■</li> <li>■</li> </ul>	
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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ (A) B C</li> <li>■</li> <li>■</li> <li>■</li> </ul>	
6	職員の研修機会を確保している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 事業所内研修を定期的に行っている。</li> <li>■ 職員を外部の研修会に積極的に参加させている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 職員の個別研修活動を支援している。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ (A) B C</li> <li>■</li> <li>■</li> <li>■</li> <li>■</li> </ul>	
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"> <li>■ 職員に対する指導・助言を定期的に行う機会がある。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ (A) B C</li> <li>■</li> <li>■</li> </ul>	

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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul> <p>補足等:</p>	<p>■ (A) B C</p> <p>■</p> <p>■</p> <p>■</p> <p>■</p>	<p>居宅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>
<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"> <li>■ 苦情を解決するための仕組みを明らかにしている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul> <p>補足等:</p>	<p>■ (A) B C</p> <p>■</p> <p>■</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"> <li>□ 行事などへの参加は、利用者の選択に任せている。</li> <li>□ 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。</li> </ul> <p>補足等:</p>	<p>□ A B C</p> <p>□</p>	

II 利用者の尊重・保護

2 人権・プライバシーの確保		(A <sup>+</sup> ) A <sup>-</sup> B <sup>+</sup> B <sup>-</sup> 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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>		(A) B 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>
	<p>補足等：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 職員の守秘義務は雇用契約終了後も同様としている。</li> <li>■ 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。</li> </ul>		(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"> <li><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。</li> <li><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。</li> <li><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。</li> </ul>		A B C	
	<p>補足等：</p>			

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 <sup>+</sup> ) A <sup>-</sup> B <sup>+</sup> B <sup>-</sup> 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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ (A) B C</li> <li>■</li> <li>■</li> <li>■</li> </ul>	<p>フェースシート・アセスメントシートの活用で利用者のニーズを明確にしている。各サービス担当者の参加がある担当者会議を開催し、利用者の要望や意向が反映された居宅サービス計画書を作成しており、援助目標も利用者のニーズに沿った目標となっている。サービス計画作成の総括の責任者は、管理者と定めている。</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 <sup>+</sup> A <sup>-</sup> (B <sup>+</sup> ) B <sup>-</sup> 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"> <li>■ 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。</li> <li>■ マニュアルの実施方法を、サービス実施に活かしている。</li> <li>□ 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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ A (B) C</li> <li>■</li> <li>□</li> </ul>	<p>ケアプラン立案からサービス提供に至るまでの対応について、ケアマネジャーにより違いが生じないようにマニュアルが定めている。利用者一人ひとりに個別性のある支援を行う為に、マニュアルの中に医療機関との連絡法一覧、介護保険外サービスの詳細、成年後見制度などの情報が収集されているのが確認できる。マニュアルの見直しについては、加算要件の変更に伴った見直しが行われている。定期的な見直しとして、概ね1年に1回の見直しを行うことが望ましい。</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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ (A) B C</li> <li>■</li> </ul>	<p>毎朝ミーティングを行い議事録として残しており、全ての職員が利用者情報の共有ができるよう回覧もなされている。また、各サービス提供事業者から利用者の状態やサービス実施状況について情報の提供があり、記録を職員間で回覧している。毎月実施しているサービス担当者会議で検討していく対象者をリスト化し、意図的・計画的な支援ができるよう取り組んでいる事が記録にて確認できる。</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 <sup>+</sup> ) A <sup>-</sup> B <sup>+</sup> B <sup>-</sup> 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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ (A) B C</li> <li>■</li> <li>■</li> <li>■</li> </ul>	<p>毎月1回の訪問で利用者の心身の状態を把握して経過記録に残し、個人ファイルとして保管されている。日々のサービス実施状況は実態調査記録票によって各サービス事業所より定期的に報告を受けている。個々の利用者の担当ケアマネジャーを作成責任者と定めている。サービスの実施状況、目標達成度、利用者の満足度についてモニタリング表に経過を記録し評価している。</p>
補足等:				
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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ (A) B C</li> <li>■</li> <li>■</li> <li>■</li> </ul>	<p>サービスの実施状況について毎月モニタリングし、目標の達成状況や評価結果を踏まえてサービス実施計画の見直しを行っている。サービス内容変更についての流れは、契約書・重要事項説明書の中に利用者がわかりやすいように図式で記載し説明している。利用者・家族よりサービス変更などの要望があれば、個々の希望を踏まえながらサービス実施計画の見直しについて検討している事が経過記録で確認でき、見直しした後の計画について利用者・家族に説明され同意が得られている。</p>
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	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"> <li>■ 意思疎通について、サービスの方法を明示している。</li> <li>■ 食事について、サービスの方法を明示している。</li> <li>■ 入浴・清拭について、サービスの方法を明示している。</li> <li>□ 排泄について、サービスの方法を明示している。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 機能訓練について、サービスの方法を明示している。</li> <li>■ 心理面に着目したサービスの方法を明示している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ (A) B C</li> <li>■</li> <li>■</li> <li>□</li> <li>■</li> <li>■</li> <li>■</li> </ul>	<p>フェイスシートやアセスメントシートから明確になった課題をもとに目標を設定し、目標達成を可能にするためのサービス内容の選択や個別・具体的な援助方法が記録により確認できる。</p> <p>意思疎通に関して、難聴の利用者について表情を確認しながら本人を理解するコミュニケーションの取り方について支援内容が明示してある。食事については、脳梗塞で嚥下困難がある場合の問題点への具体的な対応や、満足感や生きる張り合いなど心理面にも配慮した食事支援の方法が明示してある。入浴に関しては、安心安全を重視しながら自立入浴を目指した支援について明示してある。機能訓練については、残存能力の機能維持改善を目指すと共に、生活の張りや楽しみが感じられるような援助について明示してある。心理面に着目したサービスの方法は、末期がんの方への身体的・精神的苦痛の緩和への支援方法について明示してある。</p> <p>利用者や家族からの相談への対応として、重要事項説明書に事業所相談窓口や市・県の対応窓口を明示し契約時に説明している。マニュアルに相談についての対応手順を定め、事業所内の相談窓口以外の外部機関の窓口の連絡先・電話番号をリスト化し、利用者の要望に応じて適切に案内できるようなされている。法人で年に1回ある介護教室に相続・遺言・成年後見・借金相談の担当者を講師に招き相談できるようにしている。</p> <p>利用者家族への情報提供として、利用者へのサービス提供中に起きた事故や急変など状況変化があった場合は、各サービス事業所より連絡があり、ケアマネージャーが迅速に家族・担当医に伝えている事が経過記録で確認できる。法人の緊急時対応マニュアルの中で緊急時対応方法を明確にし、法人全体で速やかに連絡できる体制を整えている。今後は、居宅介護支援事業者としても緊急対応についてのフローチャートなど図式でわかりやすく明示されることが望ましい。サービス提供状況の情報提示について、希望があれば開示可能な事が重要事項説明書に開示の手順として明示されている。</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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 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。</li> <li>□ 理・美容室の利用など、希望に応じた支援を行っている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ A B C</li> <li>□</li> </ul>	
3	余暇活動や生きがいづくりへの支援を行っている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 余暇活動や生きがいづくりに対する意向を把握する取組がある。</li> <li>□ 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。</li> <li>□ 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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ A B C</li> <li>□</li> <li>□</li> </ul>	
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"> <li>□ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>□ 外出や外泊の機会を持てるように支援している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ A B C</li> <li>□</li> <li>□</li> </ul>	
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"> <li>■ 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。</li> <li>■ 相談に関する標準的な対応方法を定めている。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ (A) B C</li> <li>■</li> <li>■</li> </ul>	
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"> <li>□ 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。</li> <li>■ 事故発生時には、速やかに連絡している。</li> <li>■ サービス提供状況の記録などの情報開示に応じている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ (A) B C</li> <li>■</li> <li>■</li> </ul>	

IV サービスの適切な実施

2 快適な環境づくり		A <sup>+</sup> A <sup>-</sup> B <sup>+</sup> B <sup>-</sup> 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 <sup>+</sup> A <sup>-</sup> B <sup>+</sup> B <sup>-</sup> 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。	<input type="checkbox"/> 安全の確保を目的とした委員会(例、安全対策委員会)などを定期的に開催している。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。  <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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	
	補足等:			
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。	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 職員にマニュアルを周知している。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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	
	補足等:			
3 衛生管理などを徹底している。	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 職員にマニュアルを周知している。 <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 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	
	補足等:			
4 利用者の健康保持に配慮している。	<input type="checkbox"/> 利用者の体調や健康状態の変化を記録している。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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 <sup>+</sup> ) A <sup>-</sup> B <sup>+</sup> B <sup>-</sup> 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。	① 必要となる関係諸機関・団体をリスト化している。 ② 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。 ③ 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。	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(A) B C	宝塚市介護保険事業者協会・主治医との連絡方法一覧・民生委員児童委員名簿など関係諸機関の連絡先一覧を各種団体ごとにリスト化し整備すると共に、地域の福祉部会へ法人として参加し、周辺地域との連携が保たれている。健康福祉事務所・成年後見制度についての問い合わせ機関・認知症対応専門機関等の協力が得られるよう連絡先一覧を作成している。
	補足等：			
2 ボランティアの受入に配慮している。	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A B C	
	補足等：			

V 地域等との連携

2 人材の育成		A <sup>+</sup> A <sup>-</sup> B <sup>+</sup> B <sup>-</sup> 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。	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 実習生の受入にあたり、利用者の意向を尊重している。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A B C	
	補足等：			