

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 南淡デイサービスセンターやすらぎ
- 評価実施期間 2014年 7月 19日 から 2015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

サービスの質の向上に向けた取り組みとして、毎月のデイサービス会議の機会に各係りの担当職員から報告や課題・意見・検討事項について会議の席で検討を行っている。利用者個々の状態をADL評価表で把握し、アセスメントを行い居宅サービス計画書のニーズや課題に応じて通所介護計画に課題を明確にし、長期・短期目標・具体的な内容を明示して、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。苦情・相談受付については利用者・家族へは契約時マニュアルに沿って連絡先・担当者を明確にし、契約時に説明を行っている。苦情受付マニュアルも整備されている。苦情受付対応票で受付を行い、苦情に関してのデータを蓄積している。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。事故防止や安全管理について、法人全体で取り組み作成した、「インシデントアクシデントレポート」の書式に記載し、提出された事例については、提出都度ミーティングで話し合いや伝達を行い事故防止や安全確保を行うように取り組んでいる。

特に改善を要する点

法人全体のマニュアル検討委員会で作成したマニュアルを通所介護計画の中に反映できるように明確にしているが、法人全体で作成したマニュアルを基にデイサービスとしての手順書を作成することが望まれる。通所介護計画の作成が行われていることは書面で確認できるが、サービス実施計画の作成時には利用者のサービス提供に関わる職員間で共有化し、計画を作成することが望まれる。計画の評価も職員参画のもと実施することも望まれる。通所介護計画書の評価欄にサービスの実施状況、目標の達成状況を記載すると共に、計画の見直しの必要性についても記載しているが、サービスの実施状況や変化などに関する情報をケアマネジャーや家族になどに伝達する流れをフローチャートなどで明確にすることが望まれる。サービスの実施状況、利用者の現在の状態などを通所介護計画書の評価欄に記載し見直しを必要性も明記し計画の見直しを実施していることが計画書で確認できるが、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などの手順を書面で利用者や家族に明示しておくことが必要となる。インシデントアクシデントレポートの継続と共に、利用者一人一人のアセスメントを通して、利用者一人一人に着目した事故防止、安全管理について課題や問題を明確にし、器具や支援方法を計画に反映させ支援していくことが望まれる。

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>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行い浸透を図っている。朝礼での理念・基本方針の唱和は継続している。法人の広報誌「まごころ」を配布している。玄関にも設置し利用者・家族が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・ホームページにも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。利用開始時に契約書・重要事項説明書で情報を伝えると共に、一日の流れの書類でも説明している。サービス提供事業所情報として各種サービス種別に事業所のパンフレットなどを使用して情報を提供している。法人全体で現在「総合パンフレット」を作成中である。ホームページにも明示していつでも誰もが見て情報が得られるようになっている。利用者・家族からの相談が担当者が不在の場合でも利用者・家族の相談に応じることができるようになっている。</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 ■ ■ ■ 	
		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	利用開始前に各サービス事業所のパンフレットを提示して、利用案内で選択しやすくすると共に、ケアマネージャが、家族の意向を聴取して「 <u>民生サービス計画</u> 」	<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>法人のサービスの質向上委員会を開催し法人全体で昨年度の評価結果を踏まえ質向上に取り組んでいる。また、毎月のデイサービス会議やミーティングの機会に課題の検討を行い記録している。毎月のデイサービス会議の機会に各係りの担当職員から報告や意見・検討事項を出してもらい会議の席で検討を行っている。法人幹部への直接面談時にも、提案が可能となっている。サービス担当者会議・送迎時を利用して意見要望を聴取し、検討している。家族からの相談が担当者が不在の場合でも利用者・家族の相談に応じることができるようになっている。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い。経験年数に応じた研修の案内があり、対象であれば受講できるようにしている。業務管理・評価シートで職員一人ひとりの目標や必要な知識や技術を明確にしている。老健協会では、経験年数に応じた研修の案内があり、対象であれば受講できるようにしている。担当者を生活相談員と決め公平に受講できるようにしている。職員キャリア支援の項目で職種や職務で受講できる研修が明確にされている。法人全体で取り組まれている人事考課制度を取り入れており、役割資格等級基準、昇格基準が明確にされている。基本的には、外部の研修には、全員が対象とし、参加できるように支援している。施設全体で外部研修への参加記録を取り管理されている。研修に参加後には、参加レポートが提出されている。法人全体で外部の研修への参加・レポート提出・報告研修の流れは統一されている。職員の外部研修への参加に関しては、事業所から研修の受講指示があれば、出張扱いで研修費・交通費などの支援を受けることができる。個別の資格取得に向けた研修への参加については、資格により勤務調整や研修費負担など状況により支援が決められている。新入職は法人に関わることは、法人全体で研修を実施している。法人全体で実施されている新任職員オリエンテーション実施要領がある。オリエンテーションカリキュラムがある。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。</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"> <input 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 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。 ■ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ A (B) C ■ ■ ■ <input type="checkbox"/> 	
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。 <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 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。 ■ 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 ■ ■ ■ 	
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。 <input type="checkbox"/> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ (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。 <input 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ (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	<p>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>		(A) B C	<p>利用開始前に各サービス事業所のパンフレットを提示して、利用案内で選択しやすくすると共に、ケアマネージャが、家族の意向を聴取して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。利用者・家族へは契約時マニュアルに沿って説明している。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。苦情受付マニュアルも整備されている。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。苦情に関しての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で平成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。法人全体で実施しているサービスの質の向上委員会で平成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>
2	<p>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>		(A) B C	
3	<p>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"> □ 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。 <p>補足等:</p>		A B 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。 	<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。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。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:				
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 ■ ■ □ 	ADL評価表(身体状況、食事、排泄、入浴、移動・移乗、認知症の状態の項目)で状態把握し、アセスメントを行い、居宅サービス計画を基に通所介護計画の作成を行っている。居宅サービス計画書のニーズや課題に応じて通所介護計画に課題を明確にし、長期・短期目標・具体的な内容を明示している。通所介護計画書の統括する作成責任者を生活相談員と定めている。機能訓練の必要な利用者に対しては、個別機能訓練アセスメントでADL・IADLの項目でアセスメントを行い機能訓練計画書を作成している。個別機能訓練アセスメントは、看護師がアセスメントを行っている。通所介護計画の作成が行われていることは書面で確認できるが、サービス実施計画の作成に職員が参加し作成していることが確認できない。通所介護計画の作成には、利用者の現在の様子を捉え、状態をサービス提供に関わる職員間で共有化し、計画を作成することが望まれる。計画の評価も職員参画の基実施することも望まれる。
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 ■ ■ 	法人内でマニュアル検討委員会を設置し、利用者へ提供するサービスのマニュアルを統一して作成している。作成したマニュアルに沿ってデイサービスに必要な送迎などのマニュアルも作成している。作成したマニュアルは、職員が必ず回覧し確認、周知するためのファイルにとじ、職員間へのマニュアルの周知を図るように取り組んでいる。マニュアル検討委員会で作成したマニュアルを見直し・検討する予定である。今後は、通所介護計画作成を職員参画の基、実施しマニュアルの実施方法をサービス実施に活かせるようにサービスに盛り込むと共に、利用者の状態に応じた個別具体的なサービス計画の作成を行っていくことが望ましい。介護職員室に設置されたホワイトボードに利用者の状態の変化や注意事項など記載し職員が見て確認し情報を共有できるようにしている。月1回のデイ勉強会の機会に利用者の状態の変化やサービス内容の変更に応じてケース検討会を実施するようにしている。
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 ■ 	
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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ A (B) C ■ □ ■ 	デイサービスケース記録に利用者の利用時の様子を記載している。毎月担当ケアマネジャーに職員の記載するケース記録や生活相談員が普段の利用時の様子を見て毎月の利用時の様子の書面を作成し報告している。連絡帳にファイルされている通所介護サービス利用帳に利用時のサービスの利用状況項目を記載している。また、デイサービス手帳には、健康チェックや連絡事項が記載されている。利用当日の様子は、必要であれば送迎時に口頭で家族に説明しているが、家族への説明・報告した内容は確認できない。通所介護計画書の評価欄にサービスの実施状況、目標の達成状況を記載すると共に、計画の見直しの必要性についても記載している。サービスの実施状況や変化などに関する情報をケアマネジャーや家族などに伝達する流れをフローチャートなどで明確にすることが望まれる。サービスの実施状況、利用者の現在の状態などを通所介護計画書の評価欄に記載し見直しを必要性も明記し計画の見直しを実施していることが計画書で確認できる。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などの手順を書面で利用者や家族に明示しておくことが必要となる。
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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ A (B) C ■ □ ■ 	
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> <p><input type="checkbox"/> 意思疎通について、サービスの方法を明示している。 <input checked="" type="checkbox"/> 食事について、サービスの方法を明示している。 <input checked="" type="checkbox"/> 入浴・清拭について、サービスの方法を明示している。 <input checked="" type="checkbox"/> 排泄について、サービスの方法を明示している。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 機能訓練について、サービスの方法を明示している。 <input type="checkbox"/> 心理面に着目したサービスの方法を明示している。</p> <p>補足等:</p>	<p><input type="checkbox"/> A (B) C <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		
2	<p>利用者の好みにあわせて理・美容への支援を行っている。</p> <p><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。</p> <p>補足等:</p>	<p><input type="checkbox"/> A B C <input type="checkbox"/></p>		<p>法人全体で実施しているマニュアル検討委員会で意思疎通に関してマニュアルの作成に取り組んでいるが、マニュアルとしての確認するには至っていない。法人全体で作成したマニュアル検討委員会で作成したマニュアルを通所介護計画の中に反映できるように明確にしており、マニュアルの見直しを検討委員会で定期に行っていく予定である。心理面に着目したサービス方法を明示したマニュアルも作成課題が上がってきており、作成に向け取り組みを行っている。現在は利用者の個々の状態で心理面に配慮したケアが必要な方には、通所介護計画書にニーズ・課題として挙げ支援に反映させるようにしている。法人全体で作成したマニュアルを基にデイサービスとしての手順書を作成することが望まれる。重要事項説明書に相談窓口・窓口担当者が生活相談員であることを明示し、説明を行っている。利用者からの相談があればすぐに対応し解決を図るように取り組んでいるが、記録として残すに至っていない。利用時や送迎時に生活相談員や職員が相談を受けており、相談内容に応じて必要な担当や窓口・専門に相談できるように支援している。出された相談に関する標準的な対応方法をフローチャートなどで分かりやすくし定めることが望まれる。苦情受付票の中に相談も記録として残す書式があり、相談されたことは、ミーティング記録の中に記載されることもあるが、経過や対応などは口頭で流れており、確認することができない。相談された内容などは、記録として残し、職員間で情報共有を図り、利用者・家族から出された相談をスムーズに解決反映することができるように報告・検討が行われることが望まれる。年間で行事計画を立てている。献立表も家族より求められれば配布するようにしている。年間の行事計画は、予算も含めて作成されており、行事の内容に応じてその都度、外出行事などの実施の書面を作成し利用者・家族に配布している。事故発生時には、事故報告書が提出され、事故の内容、発生時の状況、対応などが書類で残されている。デイサービス利用者緊急連絡先一覧表が作成されており、事故の緊急度に応じて連絡・報告が速やかに行えるようにしている。今の一年では、開示を求められたことはない。開示できることは、重要事項説明書で説明を行っている。幹部会で情報開示の規程を過去に作成したことがある。求められれば開示をする方針である。</p>
3	<p>余暇活動や生きがいづくりへの支援を行っている。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。 <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。</p> <p>補足等:</p>	<p><input type="checkbox"/> A B C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		
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> <p><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。</p> <p>補足等:</p>	<p><input type="checkbox"/> A B C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		
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> <p><input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 相談に関する標準的な対応方法を定めている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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> <p>補足等:</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> A (B) C <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p>		
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> <p><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。 <input checked="" type="checkbox"/> 事故発生時には、速やかに連絡している。 <input checked="" type="checkbox"/> 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> <p>補足等:</p>	<p><input type="checkbox"/> (A) B C <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p>		

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 <input type="checkbox"/>	法人全体で管理栄養士が立てた献立で、給食センターで調理された食事の提供が行われている。食事の摂取状況は食事チェック表で利用者別にチェックし把握するようにしている。法人全体で年2回嗜好調査を実施し、利用者の嗜好把握するように努めている。利用者個々の嗜好や禁忌食などを把握し、献立に反映させるようにしている。食事が楽しめるように音楽を流している。利用者が描いた季節を感じる事ができる絵をコピーしランチョンマットとして使用している。嚥下や咀嚼の状態に応じて、刻み食は、形態の原型を大切に刻みを行い、食事を目で楽しめるようにも配慮している。利用者と共に職員と一緒に食事をとることはないが、利用者が安全に楽しんで食事できるように職員は見守りや介助に位置や態勢に配慮するようにしている。食事の盛り付けは職員が行っており、盛り付ける職員の個人の健康・衛生状態管理表でチェックを行い食事提供が安全に行えるように努めている。食事・配薬チェック表は、当日利用者の提供食事形態・自助具の種類や使用有無、薬の有無、食事摂取量が記載され職員は把握するようにしている。	
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。 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 <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。 補足等:	<input type="checkbox"/> A B C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

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。	<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)などを定期的開催している。 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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。	<input type="checkbox"/> A (B) C <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	法人全体で実施している安全対策委員会には、デイサービスから職員の出席はできていない。インシデントアクシデントレポートの記載は今後も継続すると共に、事例の判定を必ず行うことが望まれる。利用者一人一人のアセスメントを通して、利用者個々の事故防止について課題や問題を明確にし、器具や支援方法を計画に反映させ支援していくことで利用者一人一人に着目した事故防止、安全管理を行っていくことが望まれる。利用者が自由にゆったりと移動できるような広さがあり、段差も解消されている。車いす点検確認表を作成し定期的に安全点検を行い異常があれば「異常発見時の処置記録に異常の状態、処置・対応の日時が記載されている。インシデントアクシデントレポートの記載は今後も継続すると共に、事例の判定を必ず行うことが望まれる。利用者一人一人のアセスメントを通して、利用者個々の事故防止について課題や問題を明確にし、器具や支援方法を計画に反映させ支援していくことで利用者一人一人に着目した事故防止、安全管理を行っていくことが望まれる。法人全体で取り組まれているマニュアル検討委員会で事故や災害に対して作成されて、見直しが行われているが、デイ独自に事業所の現状を踏まえたマニュアル作成には至っていない。マニュアルの作成に至っていないため、職員への周知ができていない。 現在、事業所内で台風など自然災害に対してのマニュアルを度するか話し合いが行われている最中である。看護業務検討委員会で緊急時マニュアルを作成しており、利用者により起こり得る様々な事故に就いての対応方法、流れが明確に分かるようになっている。マニュアルは職員で回覧し周知するようにしている。研修などを通しての周知徹底は深まるような取り組みが望まれる。平成26年3月にマニュアルが作成されており今後1回の見直しを予定している。次回は平成27年3月に見直し予定である。マニュアルの職員への周知状況時確認や、手順についての研修会を行う等、常に対応できる体制を保つことが望まれる。食中毒発生時対応マニュアルに衛生管理や感染に関する対応・手順が明記されているが、作成されたマニュアルの職員への周知を行うに至っていない。デイサービスの会議で課題をだし、食事委員会に課題を出し検討を行うようにしている。栄養士が作成した感染症・食中毒の予防及び蔓延防止のための指針で事業所全体での取り組み、対応方法を明確にしている。マニュアルの職員への周知状況時確認や、手順についての研修会を行う等、常に対応できる体制を保つことが望まれる。連絡帳で利用者の体調や健康状態の変化を記載し、家族にも伝達している。看護師が利用者のバイタルサインチェックと健康状態の確認を行い、健康状態に問題があれば確認、観察を行っている。健康状態や体調に問題があり、観察したことは、実施した処置と共に看護・処置記録に記録として残されている。健康状態に問題があれば、家族に連絡を行い、適切にかかりつけ医や嘱託医への受診や検査を受けることができるように支援している。家族に連絡が取れない場合には、ケアマネジャーや緊急を要する場合には、かかりつけ医へ指示を聞くようにしている。
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。	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 職員にマニュアルを周知している。 <input checked="" 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 checked="" 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"/> A (B) C <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
3	衛生管理などを徹底している。	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 職員にマニュアルを周知している。 <input checked="" 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 checked="" 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。	<input checked="" type="checkbox"/> A (B) C <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
4	利用者の健康保持に配慮している。	<input checked="" type="checkbox"/> 利用者の体調や健康状態の変化を記録している。 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 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。 		(A) B C	デイサービスとして必要な関係機関について「連絡先一覧表」を作成しており、南あわじ市の医療機関や医療機器・介護用品メーカーなど関係機関の連絡先が記載されている。島内ではデイサービスの集まりはないが、県老協で実施されている、デイサービスの部会の集まりには参加し情報提供を受けたり、情報交換を行い連携を図るようにしている。法人の在宅課に所属しており、法人内での他部署・他部門などに専門的な相談や助言を受ける体制が整えられている。デイサービス独自の連携・協力機関を持つことはないが、支援センターが行っている。認知症の研修へは参加するようにし、専門機関とは施設全体で連携を図るようにしている。法人全体で作成したデイサービスマニュアルにボランティアマニュアルが作成されており基本的な考え方や受入手順がある。デイサービスとしては、ボランティアに説明を行っているが、書面での確認はできない。ボランティアを受け入れに当たり、利用者の人権やプライバシーを含む留意点について書面による事前説明が必要となる。
	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。 		(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。 		A (B) C	実習生受け入れに対してもランティア受け入れと共にマニュアルが作成されており、法人全体、事業所全体で受け入れを行い、デイサービスでの受け入れを行っている。市の職員の実習の受け入れを行った。以前はデイサービスでも受け入れていたが、初任者研修は、特養のみとなったので受け入れがなくなった。実習生を受け入れる場合には、実習の、目的を確認し目的に応じて効果的に実習ができるように支援するようにしている。実習生の受け入れに対して利用者・家族に連絡・意向確認は行っていない。実習生の受け入れに当たり、事業計画で示す・家族会等へのお知らせ・掲示板での周知等を行ったうえで、実習生受け入れの意見を聴取・把握し、事前紹介を行うなど、実習生受け入れに当たり、利用者・家族の意向確認が必要となる。
	補足等：			