

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 2015年 10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。
- ・地域社会との交流と連携について
施設のエントランスとホールを地域住民に開放し、「アートハウスすいせん」のイベント・「足湯」開放・「介護者技術講習」・「認知症を支える会」・「いきいき百歳体操」等を催し、地域に開かれた取り組みが行われている。
- ・利用者の尊重について
年に1回接遇やサービス全般についての利用者調査を行うと共に、年に2回と随時に食事についての嗜好調査を行い、利用者の意向を尊重したサービス提供ができるよう取り組んでいる。また、月に1回デイサービス会議と、毎日ミーティングが開催され、その中ではケース検討も行われ、サービスの質の向上につなげるよう取り組まれている。毎日のミーティングについても記録が丁寧にとられており、職員間で情報を共有している。

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。

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	<p>玄関・職員通用口・事業所に「基本理念・基本方針」を掲示し、朝礼時に唱和を行い周知と浸透を図っている。広報誌「まごころ」に「基本理念・基本方針」を明示し利用者・家族に配布している。「ご利用案内」の表紙にも明示し配布している。法人のホームページには「基本理念・基本方針」を掲載している。行政機関や社会福祉協議会、シルバー人材センターなどに広報誌を郵送で発送し広報活動を行うようにしている。行政庁舎の玄関前に福祉事業所のマップが掲示されており、携帯電話で情報が得られるような仕組みがある。また、広報誌も設置している。</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。 		(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。デイサービスの「ご利用案内」には、サービスのより詳細な内容等が掲載されており、サービス選択の際の情報を提供している。ホームページのフェイスブックも活用し、事業所の取組み等を具体的に伝えている。パンフレット・ホームページは法人本部が定期的に見直しを行い、フェイスブックは事業所で頻回に更新し常に最新情報が提供できるように取り組んでいる。パンフレット・ホームページ・広報誌・「ご利用案内」等に連絡先が明示されている。ホームページからはメールでも問い合わせができる。</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。 	<input checked="" type="checkbox"/> (A) B C	<p>月に1回デイサービス会議・毎日ミーティングが開催され、記録が丁寧にとられている。デイサービス会議では業務内容、職員間の連携などが話し合わせ、毎日のミーティングでは利用者個々についての検討課題を主に話し合い、サービスの質の向上につなげるように取り組まれている。月に1回、法人の「サービスの質向上委員会」を開催している。各事業所から指導員・相談員クラスの職員が参加し、各事業所での課題を明確にし、課題解決を通してサービスの質の向上に努めている。委員会で検討した解決策は、各事業所に持ち帰り、次回の委員会で報告を行う仕組みがある。リーダー育成がサービスの質の向上につながると考え、テキストの事例に基づいた勉強会も行っている。</p> <p>月に1回デイサービス会議を開催し、会議の前に課題・検討事項等について、職員の意見・提案を聴取している。人事考課制度を導入し、年に2回個人面談を行っている。面談は、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。</p> <p>日常的には、デイサービス手帳や送迎時を活用して意見の収集に努めている。定期的には、年2回「満足度調査」を実施し、職員対応・食事・入浴等提供サービスについて項目を詳細に設定し、利用者・家族の満足度と意向に関する調査を行っている。率直な意見が聴取できるように担当のケアマネジャーを通して聴き取り調査を行っている。アンケートの集計には至っていない。「満足度調査」の集計結果を職員で共有し、出された意見を検討し、対応結果については利用者や家族にフィードバックすることが望まれる。社会福祉事業全体の動向を配慮しながら理念・基本方針の実現に向けた課題を明記し、平成27年度事業計画冒頭の「社会福祉法人淡路島福祉会事業方針」を法人の中長期計画として策定している。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。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。資質向上に向けた担当者を副施設長としている。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。DVDや書籍の設置を行、職員が個別に資質向上に取り組める環境を整備しているが、計画的な個別研修には至っていない。「業務管理評価シート」の中で明確になった、職員一人ひとりについて必要な研修が受講できるように、計画的な取り組みが望まれる。資質向上に向けた担当者を副施設長としている。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>
	補足等:			
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。 	<input checked="" type="checkbox"/> (A) B C	
	補足等:			
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。 	<input checked="" type="checkbox"/> A (B) C	
	補足等:			
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。 	<input checked="" type="checkbox"/> A (B) C	
	補足等:			
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。 	<input checked="" type="checkbox"/> A (B) C	
	補足等:			

<p>6 職員の研修機会を確保している。</p>	<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体系的な研修プログラムを用意している。 <p>補足等:</p>	<p>■ (A) B C</p> <p>■</p> <p>■</p> <p>■</p> <p>■</p>	<p>法人の在宅福祉事業部で月に1回定期的に勉強会を開催しており、事業所からも主任等が研修に参加している。年間の大まかな研修計画は立てられるが、詳細な内容等の計画については、前月に決定される。また、事業所独自に、デイ部会で年間2回研修を実施している。外部研修については、県の介護福祉士会主催の機能訓練計画書作成研修等に参加している。外部研修参加者一覧表を副施設長が作成し、外部研修に可能な限り均等に参加できるよう配慮している。県等が実施する外部研修案内は回覧しており、必要な研修には引き続き参加支援を行う計画である。出張命令書・復命書で研修内容の報告を行っている。法人の旅費規程で、事業所が必要と認める研修受講について、旅費・日当等の支給を規定し、勤務時間の調整を行っている。個人が希望する研修受講については、事例ごとに判断し研修活動を支援している。新人研修については、「新人職員研修マニュアル」に沿って、就業規則・基本姿勢等法人としての基本的事項に関し研修を実施している。法人研修終了後、事業所のオリエンテーションを行い、個別チェックリストに沿って実施状況を確認している。</p>
<p>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。</p>	<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。 <p>補足等:</p>	<p>■ (A) B C</p> <p>■</p> <p>■</p>	<p>キャリアパスによる人事考課制度の年2回の定期的な個別面談で、指導・助言を行う機会が設けられている。生活相談員やリーダーが窓口となって、職員からの相談を随時受け付けて指導・助言を行い、内容に応じて、在宅課長が相談を受け指導・助言ができる体制を整備している。地域の医療機関・法人関連の八木病院・地域包括支援センター・市の長寿福祉課・在宅介護支援センター等と連携体制があり、必要に応じて支援を受けることができる。</p>

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。 <input type="checkbox"/> 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 (B) C <input type="checkbox"/>	<p>計画書を作成するにあたって、居宅介護支援事業所のケアマネジャーからの情報に基づいて意向を把握している。事業所でケアの内容別の希望・意向を聞きとり、ADL評価表の、食事・排泄・入浴等チェック項目欄に希望等を記載し、計画に反映させている。デイサービスのご案内に、デイサービスでの一日の流れ、サービス内容、料金等を記載し、決定のための情報を提供している。タイムスケジュールにイラストを挿入し利用者・家族に分かりやすいよう工夫している。現時点では、活用にあたって家族が判断しているが、活用の支援が必要な時は、在宅介護支援センターを紹介する仕組みがある。また、施設玄関に、兵庫県社協作成の権利擁護に関するパンフレットを設置している。計画に関する同意書を取得しているが、説明から同意に至るチャート等の作成には至っていない。</p> <p>苦情対応マニュアルを作成し、苦情受付窓口から解決のための措置までの標準的な流れを明確にし、フローチャートで手順を明示している。重要事項説明書で苦情相談窓口として連絡先・担当者を明確にし、解決責任者を施設長として、契約時に説明している。また、公的窓口も重要事項説明書に明示している。法人として第三者委員を設置し、薬剤師・民生委員に委嘱している。「苦情受付対応表」を設置しているが、苦情等事例の把握には至っていない。今後、在宅課連絡会でデータの蓄積・分析を行う仕組み作りを予定している。</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。 <input type="checkbox"/> 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 (B) C <input type="checkbox"/>	
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。	<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 B C <input type="checkbox"/>	
		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>法人として、淡路島福祉会の基本姿勢としてプライバシーポリシーを策定し、人権確保・個人情報保護・データ管理等を定めている。プライバシーポリシーを見直すとともに、別途プライバシー確保に関するマニュアルを作成している。契約時の重要事項説明書説明時に、第三者委員を設置していることや、公的窓口を含めた相談窓口を家族等に説明している。</p> <p>法人の個人情報保護規定に、保護管理者を施設長とすることを定めている。契約時に事業所外への個人情報提供について説明を行い、個人情報使用同意書で使用条件を明確にして同意を得ている。職員採用時に守秘義務に関する誓約書を交わし、退職後の遵守も明示している。法人の文書取り扱い規程で、廃棄方法、文書毎の保存期間を定め、個人情報保護規定で、個人情報の開示・訂正・追加・削除・利用停止等を定めている。</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"> <input checked="" type="checkbox"/> (A) B C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	<p>居宅介護支援事業所からの計画書を参考にしながら、ADL評価表の情報を基に、アセスメントを行い課題、ニーズを抽出している。ニーズに基づいた、長期目標・短期目標を達成するための通所介護計画書を作成している。計画書の作成統括責任者を生活相談員としている。6ヶ月毎にモニタリングを実施しており、モニタリング記録表から職員が計画の作成過程に参加していることが確認できる。また、1年ごとに評価を行い、認定更新時や利用者の状況変化時に計画の見直しを行っている。</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"> <input checked="" type="checkbox"/> A (B) C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	<p>法人共通の「介護マニュアル」に、個々のサービスについての標準的な実施方法を定めている。食事・排泄・入浴・送迎については、事業所独自のマニュアルも作成している。送迎マニュアルでは利用者個々の留意点・注意事項を書面化し、サービスの実施に活かしている。食事マニュアルで定めている食事摂取ごとの「声かけ」が計画書に反映されており、サービス実施に活かされている。事業所でも3大介助について独自のマニュアルを作成しているが、見直しには至っていない。各種マニュアルについて随時の見直し等をまとめ、年1回程度定期的に検証し、見直しを行うことが望まれる。</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。 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"> <input checked="" type="checkbox"/> (A) B C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	<p>毎日のミーティング・申し送り時に利用者個々の状況等の情報を伝え、利用者のサービス内容変更、連絡事項等はミーティング記録に残し、情報共有する仕組みがある。日々の検討については、のミーティングで検討してミーティング記録に記録している。月1回定期的に開催するデイサービス会議でも、利用者毎にケース検討を行い、検討した結果は「デイサービス会議次第」に記録として残している。</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	<p>サービスの実施に関する評価を行っている。</p> <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>「食事・服薬チェック表」「排泄チェック表」等を作成し、サービス実施状況を記録して保管している。「食事・服薬チェック表」には、禁忌となる食べ物等の注意事項も記載している。バイタル・入浴についてはケース記録に記録し、一部介助等入浴時の状況は業務日誌に記録として残し保管している。上記の情報は、連絡帳に転記し家族に伝えている。サービス実施状況の総合的管理者は、相談員としている。</p> <p>利用者や家族の日々の変化は、その都度ミーティングで計画作成責任者へ伝えている。その内容はミーティング記録に記録として残し、捺印により職員が共有している。サービス全体について、6ヶ月毎にモニタリングを行い、年1回評価を実施している。通所介護計画書の評価欄に、サービスの実施状況・利用者の現在の状態・達成状況の評価を記載し、計画の見直しを実施している。重要事項説明書に、利用者・家族からの変更希望があれば見直すことを明示している。家族から「冬になったので入浴させてほしい」という希望があり、ケアマネジャーに伝えて見直す事例がある。変更後には、説明して同意を得ている。利用者・家族等からサービス内容の変更希望がある場合の手順を、フローチャート等、理解しやすく明示することが望まれる。</p>
2	<p>サービス実施計画の見直しを行っている。</p> <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	

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>通所介護計画書に、難聴の利用者に対する具体的サービスの方法・留意点を明示している。</p> <p>通所介護計画書に、食事時の言葉かけの具体的方法を明示している。</p> <p>通所介護計画書に、入浴前にバイタルチェックを行い異常があれば午後の入浴にする等、個別の留意点を明示している。</p> <p>通所介護計画書に、個別の排泄のサインや清潔保持の方法等を明示している。</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	<p>通所介護計画書に、羞恥心に配慮し無理強いしない更衣等支援の配慮を明示している。</p> <p>通所介護計画書及び個別機能訓練計画書に、下肢筋力の強化方法を明示している。</p> <p>通所介護計画書に、うつで閉じこもりがちな利用者、レクリエーション・外出行事への参加を促進し楽しみを増やす取り組み等を明示している。</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> <ul style="list-style-type: none"> □ 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。 □ 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	<p>重要事項説明書に苦情対応窓口として生活相談員を明示し、苦情に対する対応と同じ方法で対応している。公的窓口も明示している。相談に関する標準的な対応方法は、苦情解決の流れと同様としている。相談については、相談内容に応じて、事業所内・法人内・法人外等、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。現時点では、事業所が行っているサービス以外の相談はないが、あればケアマネジャーに取り次ぐ仕組みがある。</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> <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 type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	(B)	<p>利用者緊急連絡先一覧表に、担当ケアマネジャー・かかりつけ医・自宅等の連絡先を記載している。インシデント・アクシデントレポートから転倒事故等について、家族・担当ケアマネ等に連絡していることが確認できる。また、連絡帳にも記載している。重要事項説明書及び法人の文書取り扱い規程に所定の手続きを経て請求あれば開示することを明示し、契約時に説明している。現時点では、開示の事例はない。</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> <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 type="checkbox"/> C	(A)	

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"/>	年2回、直接利用者に聞き取りで食事満足度調査を実施している。調査結果を食事委員会で検討し、嗜好等を献立に反映させている。行事食の食材の由来を、食事食材説明書に食材の話として記録しており、提供時に由来等を説明している。毎月1回、季節に応じた敷き紙を準備して、季節を感じながら食事が楽しめるよう取り組んでいる。食席は自由席とし、食器について配慮している。
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。	<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 checked="" type="checkbox"/>	<p>事業所として、安全確保に関する委員会は設置していない。また、法人の委員会に事業所から参加していない。事例をインシデント・アクシデントレポートに記載し、その都度再発防止策を検討している。ADL評価表で、シルバーカー等器具使用のニーズがある人の通所介護計画書に器具使用を記載し使用につなげている。床面の段差はなく、自由に移動できる空間を確保している。車イス点検確認表等のチェックリストを作成し、1ヶ月に1回定期的に確認を行い安全点検を行っている。異常があれば速やかに整備・修理を行っている。</p> <p>デイサービス事業所として、火事に対するマニュアル及び送迎時の事故を想定して交通事故対応時の手順書を作成している。また、法人が作成している、防災マニュアルに基づいて事業所の現状を踏まえた災害マニュアルを作成中である。災害マニュアルの完成を待って職員にマニュアルを周知する予定である。緊急時対応マニュアルは、夜間対応方法も定めており、職員がいつでも見れる場所に設置し、全職員に回覧していることが捺印により確認できる。事故・災害等発生時の連絡先一覧表を作成している。対処方法については今後作成する予定である。事故マニュアルは看護業務委員会、感染症マニュアルは感染委員会で、1年に1回定期的に見直しを行っている。見直しに当たっては、職員にマニュアルを回覧し見直しに必要な意見を募っている。</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 type="checkbox"/> A (B) C <input checked="" 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"/>	
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"/>	
		補足等:		
		補足等:		
		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。 	<input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	サービス事業所一覧表等を作成している。島内ではデイサービスの連絡会はなく、地域での連携を図るための、取り組みには至っていない。地域包括支援センター・市内の在宅介護支援センター・市の長寿福祉課・医療機関等、常に連携して協力が得られるよう体制がある。	
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。 	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 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。 	<input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	法人の「実習生受け入れマニュアル」を作成している。マニュアルの受け入れの項に基本姿勢を明示している。実習生は先ず施設として受け入れ、その後事業所として受け入れる流れとなり、事業所の窓口は生活相談員としている。受け入れ時に、オリエンテーション手順に従って、守秘義務等を説明している。法人の「介護職員初任者研修」の実習生を受け入れ、実習プログラムに沿って実習を行う仕組みがある。実習生受け入れ前に利用者・家族に伝え、了解を得る仕組み作りには至っていない。	
補足等:				