

## 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 第2やすらぎ事業所(居宅介護支援事業所)  
○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

### 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。居宅介護支援事業所については、法人のケアマネ会が統括し、組織的な運営ができています。
- ・サービス実施過程の確立  
法人のケアマネ会が業務全体についての「ケアマネジャーマニュアル」を作成し、契約の手順・ケアプラン策定の手順を明示し、具体的で詳細なマニュアルとなっている。ケアプラン策定手順と共に、各種ケアマニュアル(介護計画検証用)を作成し、サービス内容を項目に分け、其々についてケアプラン作成の際に考えられるサービスや留意点を明示し、プラン作成にばらつきが生じないように工夫している。法人内で、「ケアマネジメント検討委員会」・「在宅福祉事業部連絡会」を月に1回定期的に開催し、契約の手順をロールプレイしたり、プラン作成方法を検討する等、具体的な取り組みがある。
- ・職員の資質向上について  
法人としてはキャリアパスを導入し、職員一人ひとりに必要な知識や技術を明確にし、資質向上に向けた目標設定を行っている。法人ケアマネ会が人事方針に沿った居宅ケアマネ研修計画を作成し、経験年数で研修受講の対象者を明確にし、計画的に研修を行っている。受講については、個別研修管理表で確認・把握している。週に1回の事業所内のミーティングや月に1回の法人内の「在宅事業部連絡会・勉強会」等でも学ぶ機会がある。また、事業所内には、経験年数の長い主任ケアマネジャーの有資格者が2名あり、随時指導・助言を受けられる体制が整備されている。
- ・地域連携について  
月1回開催の地域ケア会議・随時の個別地域ケア会議・市在住難病患者支援連絡会等に参加し、地域内での連携に積極的に取り組んでいる。

#### 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。
- ・相談への対応手順について  
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」にフローチャートとして示されています。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れます。

第2やすらぎ事業所(居宅介護支援事業所)

I 事業所の運営

1 事業所に関する情報等の提供	<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">A<sup>+</sup></span> 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> 補足等：	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">A</span> B C</li> <li>■</li> <li>■</li> </ul>	「理念」「基本方針」を事業所内に掲示している。事業計画に理念を明示し、事業計画を回覧・共有することで周知を図っている。「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。
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> 補足等：	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">A</span> B C</li> <li>■</li> <li>■</li> <li>■</li> </ul>	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。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。24時間電話連絡がとれ、常時質問・問い合わせに応じる体制がある。

I 事業所の運営

2 サービスの質の向上		(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、「ケアマネジメント検討委員会」・「在宅福祉事業部連絡会」を月に1回定期的に開催し、サービスの質向上に向けて検討する体制を整備している。契約の手順をロールプレイしたり、プラン作成方法を検討する等、具体的な取り組みがあり、会議の内容は、議事録に記録している。事業所では週1回のミーティングの機会を活かして、外部研修報告・介護保険最新情報の共有、困難事例の検討・情報共有等を通して、サービスの質の向上に取り組んでいる。ミーティングの目的・主旨を明確にした書式を工夫した議事録に記録し、会議の出欠に関わらず議事録はすべての職員が確認し共有している。法人内で、「ケアマネジメント検討委員会」・「在宅福祉事業部連絡会」を月に1回定期的に開催し、意見・提案を出し合う機会を設けている。事業所内では、週に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。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。</p> <p>月に1回以上利用者宅を定期訪問し、プランについて以外に、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。</p> <p>出された意見は、支援経過やアセスメントシートに記載し、内容に応じてケアマネジメント検討委員会等で適宜検討している。対応結果は、サービスに反映させると共に、利用者・家族にも報告している。</p> <p>現在、「利用者満足度調査」を予定し準備している。</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。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。法人ケアマネ会が人事方針に沿った居宅ケアマネ研修計画を作成し、経験年数で研修受講の対象者を明確にしている。受講については、個別研修管理表で確認・把握している。資質向上に向けた担当者を、職務分掌で管理者と明記している。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>
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>	

第2 やすらぎ事業所(居宅介護支援事業所)

	補足等:		法人内研修としては、月に1回年間研修計画に基づいて行われる「在宅福祉事業部勉強会」に出席している。外部研修は、南あわじ市居宅介護支援専門員会や県が開催する研修等に参加している。法人指定の命令書並びに復命書により研修内容を報告し、ミーティング内で伝達研修を行い共有を図っている。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ている。新入職者については、法人としての研修プログラムに沿って基本方針等基本事項の研修を行った後、ケアマネジャー新人職員オリエンテーションとして、ケアマネジャーに必要な内容が研修できるよう研修プログラムを用意している。
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> 補足等:	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ (A) B C</li> <li>■</li> <li>■</li> <li>■</li> <li>■</li> </ul>	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。週に1回の事業所内のミーティングや月に1回の法人内の「在宅事業部連絡会・勉強会」等でも指導・助言を受ける機会がある。また、事業所内には、経験年数の長い主任ケアマネジャーの有資格者が2名あり、随時指導・助言を受けられ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協力医療機関の専門職者に指導・助言等の支援を受けることができる体制がある。また、月に1回開催される「難病の会」では市の訪問看護師、保健師等に、また、随時開催の「地域ケア会議」では多職種の専門職者に指導・助言を受ける機会がある。
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"> <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> 補足等:	<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 <span style="margin-left: 100px;">(A<sup>+</sup>)</span> <span style="margin-left: 20px;">A<sup>-</sup></span> <span style="margin-left: 20px;">B<sup>+</sup></span> <span style="margin-left: 20px;">B<sup>-</sup></span> <span style="margin-left: 20px;">C</span>	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>サービス計画書の作成に当たっては、利用者・家族の希望や意向を聴取し計画に反映させている。サービス事業所ガイドマップ(島内)や、事業所の特色を分かり易くした通所介護・訪問介護等サービス種類別事業所一覧を活用して、サービス内容が選択できるよう情報提供を行っている。また、在宅課勉強会で作成した、サービス種別に各事業所の特色がわかる「事業所の特色一覧」をファイルにまとめ、利用者の選択の際の資料として活用を始めている。これまでに成年後見制度等の利用事例はない。金銭面等の相談を受け、地域包括支援センターに連絡し法テラスにつなげた事例はある。利用者・家族への説明から同意に至る標準的な手順を、ケアマネ作成のマニュアルにフローチャートで定め、ロールプレイングを活用して統一された説明ができるよう努めている。</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"> <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>法人で苦情受付マニュアルを整備し、担当窓口・解決のための処置等を明確にしている。苦情解決の流れを明確にしたフローチャートも作成されている。第三者委員会も法人で設置されている。苦情解決体制については重要事項説明書に明示し、契約時に利用者・家族に説明を行なっている。出された苦情については、苦情受付票を作成し、月に1回開催される法人の在宅福祉事業部連絡会でデータ集計し、再発防止に向けて検討・共有を行う仕組みがある。事業所内では、週に1回開催されるミーティングで共有している。</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"> <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。</li> </ul> <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 <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>		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ (A) B C</li> <li>■</li> <li>■</li> </ul>	<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。重要事項説明書に、行政の相談窓口と共に、法人の第三者委員の相談窓口を明示し、いつでも相談できる旨を利用者・家族に説明している。</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。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"> <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>		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ (A) B C</li> <li>■</li> <li>■</li> <li>■</li> </ul>	
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>□ 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>□ 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>□ 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>		<ul style="list-style-type: none"> <li>□ A B C</li> <li>□</li> <li>□</li> </ul>	
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 <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>	(A) B C	利用者基本情報・ADL票のシートで把握した情報からアセスメントを行い、ニーズを明らかにしている。ニーズに応じて目標を設定しサービス計画書を作成している。サービス実施計画作成の統括責任者は管理者であることを、職務分掌にて明確にしている。計画作成に当たっては、関係サービス事業者参画の下、利用者・家族も参加して、サービス担当者会議を開催している。
補足等:				

Ⅲ サービス実施過程の確立

2 サービスの実施		(A <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>	(A) B C	ケアプランの標準的な作成手順を明示したマニュアルを、法人ケアマネ会が作成している。マニュアルの中には作成手順とともに、各種ケアマニュアル(介護計画検証用)があり、食事・排泄・入浴・移動・服薬・認知症等項目に分け、其々についてケアプランを作成する際に考えられるサービスや留意点を明示し、プラン作成にばらつき生じないようにしている。マニュアルは毎月のケアマネジメント検討委員会で計画的に見直しの必要性を検討し、見直しが必要であれば修正し、現状に即したマニュアル作成がなされている。今回12月に、定期的な見直しとして、全体を通しての見直しを行った。今後も年に1回、あらかじめ時期を定めて定期的に検証する予定である。
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>	(A) B C	毎日行っている朝礼で、利用者についての必要な情報を共有している。月1回のケアマネジャーミーティングの中で、新規利用者や共有が必要な利用者等の状況について報告し情報共有を図っていることが議事録で確認できる。ケアマネジャーミーティングでは、困難事例や状態変化の大きい利用者等について、適宜ケース検討を行っている。
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>	(A) B C	居宅サービス計画書に位置付けた各サービス事業所から実施状況の報告書を受けると共に、毎月のモニタリング訪問で利用者・家族から実施状況を確認し把握し、支援経過記録に記録し保管している。サービス実施状況の総合的な管理責任者は主任ケアマネジャーとし、事務分掌表に明示している。毎月の定期訪問時にサービスの実施状況を確認して支援経過記録に残し、定期的には3~6か月に1回、短期目標の項目ごとに達成度を評価しモニタリング総括表に記録している。また、見直しの必要性があれば随時にモニタリング・評価を行っている。
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>	(A) B C	サービス実施状況を毎月の定期訪問で確認し、6ヶ月に1回のモニタリングで、短期目標ごとに計画の見直しを実施していることが、モニタリング記録で確認できる。利用者・家族の希望で、計画を見直し、同意を得ていることも、サービス担当者会議録等、一連の記録から確認した。契約書・重要事項説明書に「居宅サービス計画書の変更」の項目があり、契約時に説明を行い利用者・家族に手順を明らかにしている。利用者・家族の意向により変更を行う場合の手順について、ケアマネマニュアルのフローチャートに追加する予定である。
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 <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	<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"> <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> <p>補足等:</p>		(A) B C	<p>ケアマネジャーマニュアルの各種ケアマニュアル(介護計画検証用)の中で、食事・排泄・入浴・移動・服薬・認知症等項目に分け、其々についてケアプランを作成する際に考えられるサービスや留意点を明示されている。ケアプラン作成時には、それらを参考にしながら、利用者一人一人の個別性を重視した作成に取り組んでいる。</p> <p>意思疎通: 難聴の利用者について、居宅サービス計画書のサービス内容にコミュニケーション方法として左耳が聞こえないため右から話しかける等、具体的な対応方法を明示している。</p> <p>食事: 人工透析を受けている利用者について、居宅サービス計画書に、茹でこぼしを行い、生野菜は提供しない等、調理上の注意点を明示している。</p> <p>入浴: 居宅サービス計画書に、デイサービスでの入浴を必ず同性介助で行う等、個別の留意点を明示している。</p> <p>身だしなみ・整容: 訪問介護サービス利用で、身体保清の中で髭剃り・整髪等の整容を行うことについて明示している。</p> <p>機能訓練: 訪問リハビリ利用の中で、下肢筋力維持・強化のための具体的な支援を明記している。</p> <p>心理面: 言葉が出にくく意思疎通が困難な利用者について、リラックスして思いが表出できるように、問いかけや対応への配慮を明示している。</p> <p>重要事項説明書に「苦情相談窓口」を明示し、相談相手が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・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。事業所が行うサービス以外の相談については、相談内容に応じて、法人内の他職種部署や地域包括支援センター・行政機関・医療機関等に、助言を求めたり取り次ぐ等、適宜対応している。</p> <p>事故発生時は、法人の事故発生マニュアルに基づいて対応する仕組みがある。担当ケアマネジャー不在時でも、事業所で電話連絡を受けても速やかな対応ができる体制がある。また、電話での24時間対応を行っている。情報開示については重要事項説明書に明示し、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>
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"> <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> <p>補足等:</p>		A B C	
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"> <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> <p>補足等:</p>		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"> <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> <p>補足等:</p>		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"> <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> <p>補足等:</p>		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"> <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> <p>補足等:</p>		(A) B C	



第2やすらぎ事業所(居宅介護支援事業所)

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:			

第2やすらぎ事業所(居宅介護支援事業所)

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。	<input type="checkbox"/> A B C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
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。	<input type="checkbox"/> A B C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
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。	<input type="checkbox"/> A B C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
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。	<input type="checkbox"/> A B C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 必要となる関係諸機関・団体をリスト化している。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>		<input checked="" type="checkbox"/> (A) B C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>「南あわじ市介護保険サービス事業所ガイドマップ」「淡路圏地域医療機関連携表」等を、各ケアマネジャーが携帯して活用している。法人の在宅課勉強会で作成した、サービス種別に各事業所の特色がわかる「事業所の特色一覧」も活用を始めている。月1回開催の地域ケア会議・随時の個別地域ケア会議・市在住難病患者支援連絡会等に参加し、地域内での連携に積極的に取り組んでいる。事業所の機能にない分野については、地域包括支援センター・県の保健師・地域の医療機関等、連携・協力を得られる専門機関を確保している。</p>
	補足等： <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"/> A B C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2 ボランティアの受入に配慮している。				
	補足等： <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"/> A B C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>□ 実習生の受入にあたり、利用者の意向を尊重している。</li> </ul>		<input type="checkbox"/> A B C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	補足等： <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"/> A B C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	