

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 通所リハビリテーションひまわり
- 評価実施期間 平成 25 年 8 月 1 日 から 平成 25 年 11 月 19 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 ・ HF10-1-0031

総合コメント

特に良い点

法人の基本理念に基づいてホームページにも基本方針を明示し、事業計画の中に事業所の方針として明示している。職員・家族誰もが確認できるように掲示している。さらに、利用者やその家族に対して基本方針は会報や法人の「まごころ」の中にも明示して配布をおこなっている。サービスの質の向上への取組として「ぱっとひらめきメモ」の用紙を用意して、いつでも職員が気付いた事、課題や問題を提案し会議の席で検討話し合いを行い反映させるようにしている。

年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するようにしている。毎月定期的に安全対策委員会を開催し委員を中心に安全確保に対する検討を行っている。衛生面は看護師、事故は介護が中心となり責任と役割を明確にし管理体制を整えている。

利用者の健康状態に問題があればカルテに記載すると共に連絡帳に記載し家族に連絡・報告を行いかかりつけ医への受診を勧めたり、かかりつけ医への体調・健康状態の変化について報告すると共に、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

個々のサービスを提供する際に、職員間で格差が生じないよう、標準的なマニュアルを基に、個別具体的なマニュアルの作成が求められる。マニュアルは、全職員でマニュアルの内容を周知するための研修を行うと共に、予め定めた時期に各種マニュアルの見直し必要性について検討・話し合う機会を持つことが望まれる。

利用者・家族から苦情や相談を受ける窓口について契約書・重要事項説明書に記載している他には、いつでも利用者・家族が内容により相談窓口を選べ相談できる窓口が分かるような図を作成する等の工夫をすることが望まれる。また、相談を受け付けから可決に向けての対応方法・流れも図式等を利用して明確に定めることが望まれる。

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 ■ ■ 	法人の基本理念に基づいて基本方針を明示し、事業計画の中に事業所の方針として明示している。朝礼時に見て職員・家族が確認できるように掲示している。ホームページにも明示していつでも誰もが見て確認できるように法人理念を明示している。利用者やその家族に対して基本方針や会報などの印刷物の配布については法人の「まごころ」の配布をおこなっている。重要事項説明書に職員の配置、利用料金などについての明示している。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。パンフレット・ホームページは定期的に更新され常に新しい情報を公開している。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。 	<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	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>デイ会議を月1回開催し、提案・課題や問題点の洗い出しを行い改善策を出し、質の向上に役立っているようにしている。話し合い・検討された結果は記録に残し全職員で共有している。「ぱっとひらめきメモ」の用紙を用意しており、いつでも職員が気付いた事、課題や問題を提案し会議の席で検討話し合いを行い反映させるようにしている。各職員が月次報告を出し、月次報告で出された課題や問題を話し合い反映させるようにしている。全職員に「相談窓口の案内を配布しいつでも職員が相談担当者に相談をできることをオープンにしている。法人幹部への直接面談時にも、提案が可能となっている。年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するようにしている。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、手帳で報告を行っている。在宅部長・課長で在宅部門全体の事業方針・事業計画を策定している。年度初めの会議の中で事業方針について説明を行い、全職員への理解を促している。また、事業方針をいつでも誰でも見ることができるようにし、閲覧を行い浸透を図っている。</p> <p>各事業所毎の実績報告を行っているが、評価を行うための職員からの意見聴取や意見の反映について確認することができない。</p> <p>全職員から毎年度末に目標に対する達成状況について意見収集を行い、その結果を職員会議において検討する事が望まれる。</p> <p>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、意見を基に、目標達成に向けての計画・実行・評価を期待する。人事考課を導入しており、職員一人ひとりの知識や技術を「業務評価管理シート」で職種別・役職別に明確にされ習熟度の評価が実施されている。</p> <p>法人内勉強会を実施し資質向上及び専門性を高める取り組みが行なわれている。職員一人ひとりの研修を統括し、その実施状況を総合的に把握・管理する担当者を明確にすることが望ましい。</p> <p>人事考課を導入しており、「業務評価管理シート」で人事方針を定め、職員の資質向上に向けた取り組みが見られる。定期的開催される施設勉強会に参加している。デイサービス会議の機会にも勉強会を実施している。外部研修の受講の機会が設けられており、研修に対しての支援が行われている。外部研修に参加した場合には、研修報告書の提出や伝達講習を実施している。</p> <p>法人として個別の資格取得に向けて研修活動の支援を行い、職員の資質向上を図っている。</p> <p>法人全体での新入職者研修プログラムが策定されている。新人職員研修のためのデイケアとしてのプログラムを明文化し、新人のサービス水準を確保する事が望まれる。</p> <p>キャリアパスを導入しており、年2回の定期的な面談で指導・助言を受ける機会を設けている。また、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。</p> <p>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"> ■ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ A (B) C ■ ■ □ □ 	
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。 	<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。 ■ 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。 	<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。 ■ 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
<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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ A (B) C ■ ■ ■ □ 	<p>写真等を用いて事業所で提供できるサービスを分かり易く明示したパンフレットを作成し、利用者・家族が選択できるようにしている。 居宅サービス計画書から利用者・家族の意向・希望を把握するようにしている。 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口頭で必要に応じて説明している。 利用者・家族への契約書・重要事項説明書の項目に沿って説明を行っているが、契約から同意に至るまでの一連の流れが明確にされていない。 利用者やその家族等がサービス内容を理解し、選択することを支援するため、事業所が行う説明から同意に至る標準的な手順を定め図式化しておく事が望まれる。法人全体で苦情受付マニュアルが作成され、苦情受付窓口の担当者・連絡先も明確にされている。フローチャートで苦情受付の流れも明確にされている。法人で統一された第三者委員が設置されている。これまでに第三者委員が関わり解決する必要のある苦情はない。 苦情受付対応票で内容をが明確にされており、各事業所で収集している。 在宅課勉強会の中で苦情について話し合いは行われており再発防止に向け取り組んでいるが、苦情の内容・件数などをデータ蓄積し再発防止のみでなく、サービスの質の向上に役立てる取り組みが望まれる。</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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ A (B) C ■ □ 	
<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"> □ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> □ A B C □ 	
<p>補足等:</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やプライバシー・個人情報保護、データ管理など広く詳細に規定を行っている。淡路島福祉会における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。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。契約時に個人情報についての説明を行い、同意、署名捺印された同意書を交わしている。</p> <p>事業所外への個人情報を提供時、必要と認めた場合は、法人マニュアルの規定に基づいて提供している。</p> <p>入職時に職員は全員誓約書の提出を義務づけ、雇用契約終了後に付いても同様、個人情報保護の徹底を図っている。</p> <p>事業所が取り扱う個人情報に関わる職員の倫理や情報の収集・保管・廃棄までの過程の明文化が望まれる。</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"> ■ A B C ■ ■ ■ 	利用者の基本情報、全体像は、インテークシートで把握できた内容を記載している。通所判定表の書式に沿って各職種からの意見や利用者の状況を踏まえた支援方法等を話し合いの中で決定している。リハビリテーション実施計画書では、利用者の現在の状況を詳細に把握、アセスメントを実施し利用者の希望も踏まえ具体的なアプローチを明示している。利用開始時には医師の指示書だけでなく、医師の意見書や入院先での状態を把握できる看護サマリーなども提供を受けるようにし情報を詳細に把握し通所リハビリ計画書の作成に活かしている。計画書内には、担当者としてデイサービスの各職種での計画に対する担当者を明示している。計画を統括する作成責任者を理学療法士と定めており、法人内で作成された職務分掌で確認できる。関係職員が参加し計画を作成していることがサービス担当者会議録に記録として残されている。
	補足等:			

Ⅲ サービス実施過程の確立

2 サービスの実施		A ⁺ 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 □ □ 	法人で作成されたマニュアルを基に通所リハビリにおいてサービス提供に必要な標準的なマニュアルを作成している。デイケアの一日のながれ(タイムスケジュール)、食事、送迎、服薬などは具体的な事業所での手順書として作成されている。「通所リハビリ利用者情報」として利用者の状態の一覧を明示し職員間で情報共有し支援している。通所リハビリ計画書に具体的な提供方法を入れるまでには至っていない。マニュアルは法人全体で開催される「企画推進委員会」で随時の見直しを実施されていることが議事録から確認できる。予め定めた時期に各種マニュアルの見直しの必要性について検討・話し合う機会を持つことが望まれる。デイ誌に利用者の状況や把握できた情報を記載し、全職員がデイ誌を確認し情報共有を図っている。日々、利用者の気づいたことを終了ミーティング記録として残している。現在利用者個々の状況の変化があれば気づきから速やかに対応し解決している。速やかに対応・解決が難しい事項があれば月1回のデイ会議の機会に話し合い、解決を図っているが、利用者個別のケース会議等を定期的に行っていることは確認できない。サービス提供事業者連絡票で担当ケアマネジャーには利用者の状態や状況の情報提供を行っている。
	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"> ■ 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	<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>計画に沿って実施した内容や利用者の状態は「デイケア利用者記録」に記録として残しているが、利用者のデイケア利用中の様子も記録として残し利用者の些細な状態や状況の変化を残していくことが望まれる。</p> <p>デイケア利用者記録には記載した職員の記名があり、記録の総合的な管理責任者を介護主任と法人の職務分掌で定めている。</p> <p>サービス提供事業者連絡票で利用者の情報を書面で担当ケアマネジャーに報告・連絡を行い情報共有している。</p> <p>リハビリテーション実施計画書に達成目標の期間を明示している。また、前回計画作成時からの改善・変化の欄に利用者の状況と共に評価を明記している。リハビリテーション計画書の「前回計画作成時からの改善・変化等」の欄に計画の評価を記載しているが、今後は、生活目標等の項目に応じて達成状況の評価を明確にしていくことも望まれる。</p> <p>サービス計画作成・変更時には家族の意向を確認して計画変更に反映させている。利用者・家族からのサービス内容の変更の申し出がある場合の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望まれる。</p> <p>通所リハビリテーション実施計画書では、解決すべき課題・目標・具体的支援内が明示され、家族の同意を得ている。</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"> <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 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 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 checked="" 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>補足等：</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	A (B) C	<p>食事介助の一連の流れ・排泄について、法人のマニュアル基準として明示し、通所リハビリテーションの具体的な手順・支援方法を明示している。</p> <p>入浴・清拭については法人で作成しているマニュアルを活用している。</p> <p>通所リハビリとしての利用者の機能維持・改善にを支援する機能訓練マニュアルを作成している。</p> <p>身だしなみ・意思疎通・認知症を含む心理面への支援方法を明示したマニュアルを作成し、利用者個々の状況に応じてマニュアルを基に個別的な支援方法を通所リハビリテーション実施計画書の具体的な支援に明示することがのぞまれる。利用者・家族からの対応方法についての具体的な取り組みが確認できない。</p> <p>利用者・家族から苦情や相談を受ける窓口について契約書・重要事項説明書に記載している他には、いつでも利用者・家族が内容により相談窓口を選べ相談できる窓口が分かるような図を作成する等の工夫をすることが望まれる。また、相談を受け付けから可決に向けての対応方法・流れも図式等を利用して明確に定めることが望まれる。</p> <p>交通事故対応時の手順書は作成されている。</p> <p>法人で作成している緊急時マニュアルの中に事故発生時の対応・連絡方法を明示している。通所リハビリテーションとして利用者の急変時の対応を明示すると共に緊急時利用者連絡票を作成し、速やかな連絡が行えるように具体的に取り組んでいる。</p> <p>利用者・家族から重要事項説明書にサービス提供時の記録等の開示の要求があれば開示する旨を明示し契約時に説明するようにしている。</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"> <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>補足等：</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	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"> <input type="checkbox"/> 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。 <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>補足等：</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	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"> <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>補足等：</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	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"> <input 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 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>補足等：</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	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"> <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>補足等：</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 	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"/>	A B C	
	<input type="checkbox"/> 生活空間のプライバシーに配慮している。	<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"/>	A B C	
	<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"/>		
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"/>	A B C	
	<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"/>		
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"/>	A B C	
	<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"/>		
補足等:				
補足等:				

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)などを定期的に開催している。 <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 checked="" 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 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"/>	毎月定期的に施設全体で開催されている安全対策委員会に出席し委員を中心に安全確保に対する検討を行っている。衛生面は看護師、事故は介護が中心となり責任と役割を明確にし管理体制を整えている。 事故報告書・ヒヤリハット報告書で報告された書式をインシデント・アクシデントシートの書式に替え、報告が出され事例の把握・記録・分析が行えるようにしている。出されたインシデント・アクシデントシートは施設長・医師・所長・係長・相談員・看護主任・介護主任・リハ主任・起案者で回覧し情報共有が図られている。施設内はもとより、リハビリルームは広く、段差も解消されており、明るく安全で自由に移動できる空間がある。 車椅子や各種利用者が利用時間内に使用する器具や設備の点検表を作成し定期的に確認・点検を行い利用者の安全確保に努めることが望まれる。 また、利用者の安全確保をより高めるために使用器具・設備の使用法・注意事項等定期的な研修を通し全職員に周知していく取り組みも望まれる。法人で作成された事故・災害マニュアルがあり、送迎についてのみ事業所の実態に応じて手順書を作成している。送迎マニュアルは、車内にも設置しており、いつでも見ることができる状態にあるが、内容の周知のための研修や説明が行われていることは確認できない。また、マニュアルの見直しを実施していることも確認できない。マニュアルの職員への周知状況や、手順についての訓練を行う等、常に対応できる体制が望まれる。 デイケア利用者連絡表を作成している。利用者連絡表は月1回見直しを実施していることが、一覧表内の作成日で確認できるが、利用者連絡先の毎月の見直しを継続するとともに、利用者一人ひとりの状況に応じた対策のマニュアルを整備・見直しを行っていくことが望まれる。感染対策マニュアルを施設と共に作成されている。感染対策委員会では事業所内での対応方法について検討されている。感染事例発生時の対応についても徹底できるように検討会が行われている。法人でも感染症マニュアルの作成がある。 随時感染症発症時にはミーティングや申し送り時に口頭で対応方法・注意事項について伝達を行い周知徹底を図るようにしている。職員個別の職員健康チェック表を作成し職員からの感染発生を予防している。作成しているマニュアルの定期的な見直しの実施が望まれる。 利用者が利用中に使用する設備や物品についての的確な衛生管理が実施されているかチェックリストを作成し点検を通して衛生管理の周知徹底を図る取り組みを行うことが望ましい。カルテに利用者の体温・血圧、利用時の状態など記録として残している
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 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"/>	
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 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 checked="" type="checkbox"/> A (B) C <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ (A) B C ■ ■ 	送迎マニュアルの中に居宅支援事業所や消防署など関係機関、団体の連絡先が明示されている。 医療機関や訪問看護などと連携を図っている。法人内では在宅課連絡会が開催されており、法人内の事業所での連携を図っている。また、法人で老人保健施設協会での地域の集まりを通して施設全体での連携を図っている。 法人の母体が医療機関であり、関連の医療機関として相談や助言を受けることができる体制が整えられている。
	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 □ □ 	
	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 ■ ■ ■ □ 	理学療法士養成校の実習の受け入れを行っており養成校の総合体験実習手引きに沿って実習が効果的にできるように取り組んでいる。法人の職務分掌において利用者の機能訓練に関する担当であることが明確化されている。手引きに従ってオリエンテーションを行っている。実習生を受け入れる際には、家族に口頭であるが連絡を行い利用者の意向確認を行うようにしている。プライバシー保護マニュアルの中にボランティアに対しての個人情報保護について謳われている。実習生に対しても個人情報保護について謳うことが望ましい。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:			