

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 三原デイサービスセンターやすらぎ
- 評価実施期間 2015年 8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。
- ・快適な環境づくり
食事スペースにキッチンが隣接しており、利用者の席の近くで盛り付けを行い匂いや雰囲気を楽しめるように工夫している。食事委員会で定期的に、また、行事食後に食事満足度調査を行い献立に反映させている。利用者の嗜好に合わせて当日でも代替え食を提供したり、各テーブルに調味料を設置し好みに応じた味の調整が行えるなど、個別性に配慮している。行事食等の献立や「敷き紙」に季節感を採り入れている。
- ・安心と安全の確保
事故防止・安全管理・衛生管理についてのマニュアルを整備し、施設内の委員会にも出席し、安心と安全の確保に取り組んでいる。共用スペースは広くゆったりと過ごすことができ、利用者が安全に自由に移動できるように物の配置に配慮し、トイレ・喫茶カウンター周辺・フロアの衛生管理チェックリストを作成して毎日チェックしている。介護職員と看護師が連携を密にとり、バイタルチェックや体調管理を行っている。

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。
- ・サービス実施の情報共有について
情報共有が主に口頭で行われているため、確実に伝わる仕組みづくりが望まれます。デイサービス会議やケース会議等の定期的な開催により、利用者の状況把握やサービスについての検討が定期的に行われ、議事録等により職員全員に確実に伝達することが望まれます。
- ・サービスの評価・変更について
サービス実施チェック表・ケース記録・個別機能訓練実施記録を活用して計画の実施状況を確認・把握し、記録・保管しています。PDCAサイクルに基づいた見直しのためには、モニタリング・評価の実施方法の確立と定期的な実施が望まれます。

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。 		<ul style="list-style-type: none"> ■ (A) B C ■ ■ 	<p>「理念」「基本方針」を事業所内に掲示し、各会議録の欄外に「理念」を明示する等、常に意識付けできるように取り組んでいる。平成27年度に法人の「理念」を見直し、年度初めの翁寿園職員連絡会で書面を配布すると共に、施設長から「理念」について説明があり理解と浸透を図っている。デイミニ会議の中で、「理念」の実践にもつながる事例を用いたロールプレイを取り入れている。「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。</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。 		<ul style="list-style-type: none"> ■ (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」を利用者配布用と居宅介護支援事業所配布用に分けて作成し、利用者配布用には、サービス内容がより詳細に説明されている。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。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 <input type="checkbox"/>	<p>法人内で、「サービスの質検討委員会」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。委員会の内容は、今年度から出席者全員が記録するようにしている。</p> <p>各種会議・委員会が定期的に開催され、職員が意見・提案を出し合う機会を設けている。また、年に2回人事考課の個別面談を行い、個別に意見を聴取する場も設けている。</p> <p>年1回「満足度調査」を実施し、食事・入浴・職員対応・ケア等について、利用者・家族の満足度と意向に関する調査を行っている。玄関に意見箱も設置している。「満足度調査」の集計はまだ行っていない。調査結果から、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。</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ているが、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。今年度から、キャリア段位制度のシートに基づいて、個別の能力に応じて計画的に学び資質向上を図る取り組みを始めているが、体制整備には至っていない。資質向上に向けた担当者を生活相談員としている。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> <p>翁寿園全体の職場内研修計画に基づいて、月に1回職場内研修を実施し、事業所からの職員の出席が報告書で確認できた。外部研修の受講はできていない。資格取得のための個別研修活動は、受講料の補助や勤務調整で支援している。新人職員研修マニュアルがあり、それに沿って研修を行っている。新任職員研修到達度チェックリストを現在作成・検討中である。</p> <p>年に2回の人事考課の個別面談の際に、指導・助言を受ける場が設けられている。施設内の各専門職職員(看護師・理学療法士・機能訓練指導員・管理栄養士等)から、必要時には常に指導・助言が受けられる体制が整備されている。必要に応じて、関連医療機関・地域包括支援センター等、外部の専門機関に相談し連携を図っている。</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"> ■ 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 <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/>	
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。 <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。 	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 ■ 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。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>	
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。 <input type="checkbox"/> 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。 	<input checked="" type="checkbox"/> A (B) C <input type="checkbox"/>	
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・助言を受けられ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られる体制を整備している。 	<input checked="" type="checkbox"/> (A) B C <input type="checkbox"/>	

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。 ■ 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>初回面接時に把握した意向等は、インテークシートに、送迎時に家族等から把握した意向やミーティング時に話し合った意向等はミーティングノートに記録として残し、共有しながらケアプランに反映させている。デイサービス利用案内に、サービス内容を分かり易く記載し、利用者・家族の希望や状況に沿って選択できるよう情報提供を行っている。現在、サービスの選択や決定のためにより分かり易い写真や図等を使用した資料の作成を検討している。権利擁護に関する制度の活用が必要な人は、担当ケアマネジャーが支援を担っておりデイサービス事業所として直接支援している事例は現時点まではない。活用が必要な人があれば、担当ケアマネジャーに連絡し、支援依頼を行う仕組みがある。契約時のマニュアルを整備し、説明から同意に至る手順を定めている。</p> <p>翁寿園マニュアルに苦情対応マニュアルが整備され、苦情受付担当者は生活相談員と位置づけている。苦情解決までの流れをフローチャートで示し、事業所内で解決できないときは国保連へつなげることを明示している。契約時に重要事項説明書で家族に説明している。必要時には活用できるよう、薬剤師・民生委員等の第三者委員を設置している。苦情に関するデータの蓄積・分析には至っていない。</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。 ■ 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 ■ □ 	
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。	<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 □ 	
		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。 		<input checked="" type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	淡路島福祉会のプライバシーポリシー・基本理念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。個人情報保護マニュアルを整備し、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。契約時に、重要事項説明書等で第三者委員を設置していることを明示し、いつでも相談できることを説明している。 個人情報保護マニュアルで、施設長を個人情報に関する管理責任者と定め、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。まごころ等への写真掲載については、その都度口頭で同意を得ている。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。
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。 		<input checked="" type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 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"> <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。 <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。 <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。 		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 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 ■ ■ □ 	<p>利用開始時に利用者・家族と面談し、基本情報・ADL評価表を基にアセスメントを行っている。アセスメントの結果と担当ケアマネジャーの作成した居宅サービス計画書を基に、事業所としてのニーズ・目標を明らかにし通所介護計画書を作成している。作成責任者は、生活相談員として定めている。初回作成は生活相談員が行い、利用開始後の見直し時には、ADL評価表で再アセスメントを行い、職員から作成に対する意見や気づき聴取を行っているが、記録として残せていない。計画書作成・見直しの際の、再アセスメントを行ったADL評価表・職員から聴取した気づきや意見・話し合った内容等は、記録として残すことが望まれる。</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"> ■ A (B) C ■ □ 	<p>個々のサービスについて、法人全体で作成した「サービスマニュアル」を標準的なマニュアルとして整備している。デイサービス業務表・送迎マニュアル・浴室で使用する機械の操作マニュアル・緊急対応フローチャート等については、事業所独自のマニュアルを作成している。作成されたマニュアルは職員が内容を閲覧し、マニュアル表紙に確認印を押している。ケア業務検討委員会で、定期的に法人全体のマニュアルの見直しを実施している。デイサービス独自のマニュアルについても、定期的に見直すことが望まれる。</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"> □ A B (C) □ □ 	<p>昼のミーティングで、利用者の状況やその他の情報を伝達し共有している。内容はミーティング簿に記録として残し、全職員が記載内容を確認し、確認後は確認印を押し情報共有が確認できる。ミーティング以外の日々の情報伝達は主に口頭で行われており、情報伝達の確実性に不安がある。紙ベースで回覧する情報伝達については、確認印押し共有を確認しているが、書面を保管していないため保管管理が望まれる。ケース検討が必要な事例があれば日々のミーティングで迅速に検討するが、定期的には月1回実施されるデイミニ会議で検討している。7月から実施が出来ていないため、再開されることが望まれる。</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	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 ■ □ □ 	<p>サービス実施チェック表・ケース記録・個別機能訓練実施記録で計画の実施状況を確認把握し、記録・保管している。サービス実施状況の管理責任者は生活相談員とし、ケース記録等を確認し確認印を押している。サービス実施時・実施後の利用者・家族の状況等、職員が把握できた情報は口頭で生活相談員に伝えられているが、記録として残すに至っていない。計画の見直しは6ヶ月に1回実施しているが、モニタリング表が確認できない。</p>
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> <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 type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<p>意思疎通：コミュニケーションを図りながら、職員が介入し、他の利用者と会話やレクリエーションに参加できるように対応していく等、個別・具体的なサービス方法を明示している。</p> <p>食事：全粥と極刻み食で小さめの軽いスプーンを使用し、進行状況に応じて食器の配置を移動しながら、嚥下状態に留意し見守る等、個別・具体的なサービス方法を明示している。</p> <p>入浴・清拭：特浴で対応する。バイタルに留意し、本人の意思を尊重し、どうしても入浴できない場合は清拭を行う等、個別・具体的なサービス方法を明示している。</p> <p>排泄：本人からの訴え、職員からの声かけにその都度対応し、2人介助で誘導し、トイレでの排泄を支援する等、個別・具体的なサービス方法を明示している。</p> <p>身だしなみ・清潔保持：体調に留意しせき込み・むせ込み・鼻汁が出る場合は、タオル・ティッシュを手渡し、都度確認し衣類が汚れた場合は早めに更衣を行う等、個別・具体的なサービス方法を明示している。</p> <p>機能訓練：四肢の機能低下を予防するため、体調に留意しコミュニケーションをとりながら、両肩・両膝・両足関節のストレッチを行う等、個別・具体的なサービス方法を明示している。</p> <p>心理面：落ち着きがない場合は、職員が見守りを行いながら落ち着くまで一緒に散歩する等、個別・具体的なサービス方法を明示している。</p> <p>重要事項説明書の中の「苦情受付について」の項目に、「苦情やご相談は以下の窓口へ」と、相談についての窓口も明示している。第三者委員・苦情受付担当者・苦情解決責任者が明示されている。相談に関する標準的な対応方法を定め、相談の流れがわかりやすいフローチャート等を作成し、利用者・家族にも周知することが望まれる。事業所のサービス以外の相談内容については、主に担当ケアマネジャーに連絡し、協働して対応している。事故事例がないが、事故発生時には事業所独自に作成している緊急対応フローチャートに沿って対応する予定である。情報開示については、契約書に明示し、契約時に説明している。法人内の文書取扱規定の中でも、情報開示・閲覧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"> <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>		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 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"> <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>補足等：</p>		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 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>		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 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。 ■ 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 type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 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"/> 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"/>	翁寿園の食事委員会で食事満足度調査を行い、集計結果から委員会で課題を明確にし、献立に反映させている。行事食の時にもアンケート調査を行っている。食事スペースにキッチンが隣接しており、利用者の席の近くで盛り付けを行い匂いや雰囲気が楽しめるように工夫している。各テーブルに調味料を設置し、好みの応じて自分で味の調整が行いやすいように配慮している。希望者には毎月献立表を配布し、嫌いなもの・食べられないものがあれば、利用当日でも代替え食の提供が行えるように配慮している。利用者・家族の作品から、季節に応じたランチョンマット(敷き紙)を法人で作成し、毎月1日の特別メニューの際に使用し、季節感を感じてもらえるようにしている。
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。	<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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ A (B) C ■ □ ■ □ 	<p>施設内では月に1回事故防止検討委員会、法人内では月に1回サービスの質検討委員会を開催している。各事業所でインシデントアクシデント報告書を作成し、施設内の事故防止委員会では事例検討を行い再発防止に努めている。法人内のサービスの質検討委員会では、報告書の集計と分析により傾向を把握し再発防止策を検討し、参加メンバーを通して各事業所に周知する仕組みがある。アセスメント・ADL表で利用者の心身の状況を把握しているが、必要とする器具・設備も含めてプランへの反映が確認できない。今後は、アセスメントで配慮の必要性を把握した場合には、プランに反映させることが望まれる。床面・通路等は、利用者が安全に自由に移動できるように、物の配置に配慮している。利用者の安全を確保するために、場所・設備・器具について、定期的(1カ月に1回以上)に点検を行い、チェック表等の記録に残すことが望まれる。</p> <p>事故・緊急時については「緊急連絡先及び対応マニュアル」で事業所の実態に応じて作成している。災害時に関しては、法人で「防災マニュアル」を作成しており、地震・火災・風水害の内容が含まれている。訓練を通して、マニュアルの内容の周知を図っている。訓練は火災中心に施設全体で、昼夜想定で、年2回行っている。緊急時対応については施設内研修で周知を図っている。緊急時の対応方法はフローチャートに、連絡先については緊急連絡先一覧に明記されている。事故対応マニュアルは看護業務検討委員会で、防災マニュアルは幹部運営委員会で、一年に1回定期的に見直しを行っている。</p> <p>5月に「感染対応マニュアルの実践と」して施設内で研修を実施し、デイサービスの職員も参加している。翁寿園マニュアルの中に衛生管理・感染症対策マニュアルが作成されている。施設内の衛生管理感染対策委員会で、1年に1回マニュアルの見直しを行っている。トイレ・喫茶カウンター周辺・フロアの衛生管理チェックリストを作成し、毎日チェックしている。</p> <p>介護職員と看護師が体温・血圧を測定し、ケース記録・利用手帳に記録している。体調や健康状態に変化があれば、バイタルサインチェックは看護師が行い、ケース記録の記載欄に記録として残している。また、処置をした場合には、処置記録に記録している。個人台帳の中に主治医を明示し、体調に変化があれば、看護師から状態の変化や状況を家族やかかりつけ医に電話等で伝え、連絡帳にも伝達した内容を記載している。伝えた内容はケース記録にも残している。検査・検診の必要性を感じた場合は、ケアマネジャーに連絡している。</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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ (A) B C ■ ■ ■ 	
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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ (A) B C ■ ■ ■ ■ ■ 	
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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ (A) B C ■ ■ 	
		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 (B) C <input type="checkbox"/>	関係機関・団体リストとして、主に「介護サービス事業所ガイドマップ」(南あわじ市作成)、「医療機関一覧」(毎年4月に市より配布)を活用している。地域でデイサービスの事業所間の連絡会はなく、連携を図る取り組みがない。主に、協力医療機関として八木病院と連携を図り協力関係がある。	
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 checked="" type="checkbox"/> (A) B C <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	翁寿園一括でボランティアの受け入れを行っている。翁寿園マニュアルのボランティア受け入れマニュアルがあり、受け入れに対する基本的な考え方を明文化している。事業所での受け入れ担当者は、生活相談員と定めている。事前説明については、「実習生研修生注意事項」の項目に沿って、施設の事務部署で行い、個人情報保護については誓約書で同意をとっている。	
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 (B) C <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	翁寿園一括で実習生の受け入れを行っている。翁寿園マニュアルの中に「実習生受け入れマニュアル」があり、受け入れに対する基本的な考え方を明文化している。事業所での受け入れ担当者は、施設長と定めている。「実習生受け入れマニュアル」の「オリエンテーション」の手順に沿って、施設の事務部署がオリエンテーションを行い、個人情報保護については誓約書で同意を得ている。養成校のカリキュラムがあれば、養成校のカリキュラムに従って実習し、カリキュラムがなければ施設で作成しているカリキュラムを用いている。実習受け入れに関しては、事前に利用者・家族に実習生が来訪する旨を説明し、了承を得ておくことが望まれる。	
補足等:				