

介護保険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 千鳥会デイサービスセンター ほほえみ
- 評価実施期間 26年 2月 13日 から 26年 2月 14日
- 評価機関 特定非営利活動法人 日本福祉文化研究センター
- 評価調査者 HF05-1-0077 KO 401034 HF05-1-0082

総合コメント

特に良い点

ITを活用した法人としてのサポート体制もあり、各種委員会活動や目標管理の推進を通じて、開設後わずか2年で管理・運営基盤の確立及び職員にとっても働きやすい職場環境(開設後途中退職者が『0』がそれを証明)を構築されています。法人の取り組みとして、定期的にISOの審査も受けており、質の向上や情報の共有に大きく寄与しています。また、利用者が1日安全に過ごせる基本的な空間が整備されており、日々利用者が満足するサービスを提供されています。午後からの新聞読みについても、情報提供と相互コミュニケーションの取り組みとして評価できます。人権や個人情報の保護に対する意識も高く、特に、人権に対する配慮が必要な入浴・排せつマニュアルが充実しています。広報紙の発行やボランティア・実習生など、外部の人から個人情報の漏れがない様に配慮されています。また、同業事業所に先駆けてソフト食の提供を行うなど利用者の食事に対する配慮が充実しています。

特に改善を要する点

上述の管理・運営基盤をベースに、利用者一人一人のニーズ・必要性に対応した個別処遇を実践して行けるように、マニュアル整備や個々の利用者のサービス実施計画への反映など、さらなる充実が望まれます。今後必要になると思われる利用者やその家族の心理面に着目した援助方法を、分かりやすく明記しておく良いでしょう。また、利用者アンケートの結果は、事業所内に掲示されるだけでは利用者の家族さんが見る機会は少なく、家族への確実なフィードバックを行うため、広報誌を活用するなどの工夫が望まれます。今後実習生の受け入れが増えて来た場合、利用者の思い・意向を把握する仕組みを、確立しておく良いでしょう。

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	<p>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。</p> <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。 <p>特記事項:</p>		<p>■ (A) B C</p> <p>■</p> <p>■</p>	<p>デイ会議(2回/月)や委員会の開催時、理念・基本方針を唱和している。ほほえみのパンフレット・ホームページ、施設内の玄関にも掲示があり、利用者や家族がいつでも確認出来る。年3回発行されている広報紙の中にも基本方針の具体的な取り組み状況を掲載している。入所時において、施設全体のパンフレット以外にデイ独自のパンフレットや事業所での生活情報の提供がされ、一日体験・見学も実施している。提供サービスの状況については、ホームページや広報紙を適宜更新し、個人情報に配慮した最新の情報を提供している。サービス利用希望者の質問の受付担当者と電話番号を公表している。</p>
2	<p>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。</p> <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。 <p>特記事項:</p>		<p>■ (A) B C</p> <p>■</p> <p>■</p> <p>■</p>	

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。 特記事項:	<input checked="" type="checkbox"/> (A) <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	デイ会議(2回/月)、事業所全体として品質保証会議・CS委員会(各1回/月)が開催され、議事録がデータ化され適切に共有されている。部署面談(4回/年)や施設長面談(2回/年)の場において、定期的に職員との個人の意見や提案の場が設けられている。緊急・随時の提案については、朝礼などの場が活用されている。年2回、利用者アンケートが実施され、CS委員会での検討結果は1か月間施設内に掲示されている。日頃は連絡帳を活用し、双方向に利用者や家族からの意見や質問に対応しており、施設内には提案箱も設置されている。法人全体で作成されている中・長期計画をもとに、各事業所で個人目標に落とし込み、質の高い目標管理を目指している。年度ごとの事業計画は品質保証委員会が作成し、各事業所の管理者が毎月評価(レビュー)している。事業計画に対する職員意見などは、個人目標の評価を行う部署面談・施設長面談を通じて確認している。利用者やその家族の意見は、年2回のアンケートを実施している。個人目標設定の一環として『業務能力チェックシート』を作成し、個人毎に必要な知識・技能と達成手段と目標が明確にされている。各種研修・勉強会、法人内研修(2回/年)、事業所内勉強会・部署内勉強会(各毎月)が実施されている。外部研修は『集団指導研修』や『兵庫県デイサービス管理者会議』等へ参加しており、勉強会や研修への参加者は、研修報告書を提出することを義務付けられている。『自己啓発支援制度』が人事施策として設けられ、資格や知識・技能の自主的な取得に対する報奨金制度がある。新人研修については法人全体で共通カリキュラムを組んでいる。『業務能力チェックシート』を基に部署面談・施設長面談で指導や助言が行われ、必要な職員にはOJTによる指導が実施されている。職員に対する指導・助言は、部署面談や施設長面談で対応可能しており、外部専門家の支援としてはジョブコーチの事例があり、今後、面談を通じ外部専門家による支援の必要性を判断していく。
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。 特記事項:	<input checked="" type="checkbox"/> (A) <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> 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。 特記事項:	<input checked="" type="checkbox"/> (A) <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> 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。 特記事項:	<input checked="" type="checkbox"/> (A) <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> 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。 特記事項:	<input checked="" type="checkbox"/> (A) <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> 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系統的な研修プログラムを用意している。 特記事項:	<input checked="" type="checkbox"/> (A) <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> 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。 特記事項:	<input checked="" type="checkbox"/> (A) <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> 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	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。 	<input checked="" type="checkbox"/> (A) <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	『業務プロセス手順書』に従って、アセスメント、サービス計画の作成、契約、同意が行われている。アセスメントシートは、利用者や家族の意向を記載出来る様式であり、その内容に従ってサービス計画が作成されている。選択出来るサービスは、送迎時間・利用の曜日・入浴の有無・方法となっている。今迄利用者が意向や同意を表明出来ないケースはなく、必要な場合は、同じ施設内にある特養に備え付けてある資料などを活用し対応する体制が整っている。淡路市通所連絡会があり、苦情調停だけでなく諸々の問題について解決・連携している。2015年度からはケース会議もはじまり、管理者以外に介護職員の参加も可能になり、スキルアップにもつながる。『苦情マニュアル』に基づく対応の仕組みがあるが、苦情受付の実績は無い。苦情を調停する委員会には、第三者が2名(評議員)参加している。
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。 	<input checked="" type="checkbox"/> (A) <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> 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"> <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 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	
		特記事項: 地域包括支援センターと連携し、成年後見制度へつなげる支援をした事例がある。		
		特記事項: 事故防止委員会での勉強会でデータを蓄積し、独自のアンケートも取っている。		
		特記事項: 非該当		

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。 特記事項：	<input checked="" type="checkbox"/> (A) <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	『個人情報プライバシー保護マニュアル』に、人権・プライバシー確保に関する基本的な考え方や事項が明記されている。入浴や排せつマニュアルなどに具体的な人権に配慮すべき内容が明記され、勉強会も実施されている。契約書には、利用者やその家族が相談できる窓口として地域の行政窓口の記載もある。施設全体で『個人情報保護委員会』があり、個人情報保護に関するマニュアルが作成され、勉強会などを実施して職員への徹底を図っている。事業所外への個人情報の利用については、入所契約時、あらかじめ利用内容などを明確にし、利用者やその家族に説明の上、利用に関する同意書を貰っている。職員については個人情報の守秘義務に関する誓約書を交わしている。	
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。 特記事項：	<input checked="" type="checkbox"/> (A) <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" 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。 特記事項： 非該当	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C		

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。 特記事項: 各利用者の介護支援計画については、担当ケアマネによる力量の差異があり、実施計画の作成で困ることがある。	<ul style="list-style-type: none"> ■ (A) B C ■ ■ ■ 	初回のアセスメントで利用者・家族のニーズ等を把握し、管理者がサービス実施計画書を作成している。3～6か月に1回関係職員が参加しモニタリングを実施している。いきいき100歳体操・「新聞読み」など通して各個人の課題目標の把握に活用し、計画の達成に向けての取り組みがされている。

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。 特記事項:	<ul style="list-style-type: none"> ■ (A) B C ■ ■ 	入浴・排せつ・食事介護などの提供サービスごとの標準的なマニュアルが作成され、そのマニュアルに基づきサービスが実施されている。標準外の個別対応が必要な場合はサービス実施計画書に記載されている。マニュアルの見直しについては、デミーティングや研修会などで行い、品質保証委員会に提案し、修正を行う仕組みが来ている。利用者の状況などについては、送迎前の全体のミーティング時間に伝えている。対応に注意が必要な利用者や、問題行動のある利用者についての情報は、職員全員がデータ情報を共有し認識している。
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。 特記事項:	<ul style="list-style-type: none"> ■ (A) B C ■ 	

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。 特記事項:	<ul style="list-style-type: none"> ■ (A) B C ■ ■ ■ 	サービス提供記録は、パソコンに保存され、関係者がいつでも見れるシステムになっており、この情報の管理は管理者が担当している。利用者や家族の変化などは朝礼やデミーティング(月2回)、デイ会議(月1回)で報告されている。目標の達成状況の評価は、モニタリングで行われ、その評価及び利用者・家族よりの変更希望を踏まえてサービス実施計画の見直しも行われている。モニタリングは3～6ヶ月に1回行い、通所サービス計画に反映させている。居宅介護支援事業所のケアマネの力量の差異が、個人の通所サービス実施計画の差異となっている場合もある。サービスケア会議には必ず出席している。見直し作成されたサービス実施計画については、利用者・家族に説明して同意の署名・捺印を取られている。尚、利用者・家族からの変更希望の申し出手順については契約書に記載されている。
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。 特記事項:	<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>特記事項:</p>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	(A) B C	<p>意思疎通、食事、入浴・清拭、排泄、身だしなみや清潔保持、機能訓練などについてはパンフ・契約書などに明記されているが、心理面については、説明をうけないと理解しにくい記載となっている。アセスメントシートが手順書としての役割を果たしており、利用者や家族の意見を引き出すツールとして機能している。重要事項説明書に相談窓口として事業所の担当窓口だけでなく、地域の行政窓口も記載されている。事業所に寄せられた相談については、相談室(施設全体共用)も設置されており、相談苦情マニュアルに記載された手順などの対応準備が出来ている。日常の報告や連絡は、家族との連絡帳があり、家族からの質問・相談にも活用している。事業所の定期的な行事などは、広報委員会がホームページへの掲載や広報誌の発行で発信している。</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>特記事項: 非該当</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	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"> □ 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>特記事項: 非該当</p>	<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"> □ 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>特記事項: 非該当</p>	<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"> ■ 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>特記事項: 事業所が行っているサービス以外の相談事例があり、ケアマネも交えて相談に応じている。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" 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"> ■ 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>特記事項: 開設して間がないため、開示請求による事例はなし。(申し出の書面はあり)</p>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input 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"/> 生活空間のプライバシーに配慮している。 特記事項: 非該当		<input type="checkbox"/> A B C <input type="checkbox"/>	食事は禁忌食を確認し、栄養調理と連携を取っている。食卓委員会で利用者の希望メニューを聞き取り、献立に反映している。おやつやレク・喫茶コーナーなど、様々な行事・レクリエーションが用意されている。食器類の選択にも気を使っており、他の施設では少ない「ソフト食」を提供され、利用者・家族の満足度が高く、大いに宣伝できるサービス内容となっている。窓からは海や中庭が眺められ、テラスで食事を摂ることが出来る等の良好な食事環境が整備されている。
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。 特記事項: 厨房設備が充実しており、ソフト食が特筆できるサービスである。		<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。 特記事項: 非該当		<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。 特記事項: 非該当		<input type="checkbox"/> A B C <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)などを定期的で開催している。 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、定期的な点検している。 	<input checked="" type="checkbox"/> (A) <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	<p>ヒヤリハット事例を毎月2件、『事故防止委員会(毎月開催)』に提出し、事故報告以外にも検討する取り組みを推進している。機能訓練計画書に個別の利用者に対する留意点・注意事項などが記載されている。利用者が使用する器具・設備のチェックリストにより、毎月点検が実施されており、安全で自由に移動できる空間が確保されている。事故・防災マニュアルがあり、品質保証委員会で定期的にマニュアルの見直しを行っている。マニュアルを基にした計画的な研修を年1回実施している。施設全体で消防避難訓練を年2回、津波を想定した避難訓練を年1回実施している。施設全体として介護事故や災害時の補償のための『施設サービス事業者賠償補償制度』に加入している。マニュアルの見直しを品質保証委員会が定期的に行っている。毎月開催される感染対策委員会は、各事業所からの感染情報レポートの報告・検討を行っており、そのマニュアルを基に年1回研修会を実施し、職員への周知徹底を図っている。看護師によるバイタルチェックを毎朝実施し、利用者の体調の管理を行っている。急な体調の変化に対しては、協力病院(聖隷病院)や利用者のかかりつけ医に連絡する体制が整っている。</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 checked="" type="checkbox"/> (A) <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> 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、定期的な点検している。 	<input checked="" type="checkbox"/> (A) <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> 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。 	<input checked="" type="checkbox"/> (A) <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C	
		特記事項:		

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 ■ ■ 	地域の諸機関や施設のリストを作成し、情報の共有をし連携している。淡路市通所連絡会議(年4回)へ管理者(今後は介護職員も参加OKになる予定)が参加し、通所介護事業者の連携を図っている。各事業所に『ボランティア委員会』があり、法人本部が一元化して受付窓口となり、ボランティアに依頼するシステムを取っている。ボランティアの受入れマニュアルが作成されており、受入れに関する基本的な考え方も明確になっている。受入れのボランティアにはオリエンテーションを実施し、個人情報の守秘義務に関する誓約書を取り交わしている。
	特記事項:			
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 ■ ■ 	
	特記事項:			

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 ■ ■ ■ 	職種の違いに対応し、実習内容(目的)ごとに受け入れマニュアルが作成され、昨年度は初任者研修7名の受け入れが行われている。実習の事前にはオリエンテーションを実施しており、実習生の受け入れ時、利用者には事前の説明がされている。現在までのところ実習生の受け入れも稀で、利用者からの苦情はなく、積極的な意向等の把握は行っていないが、マニュアル等で明記されている。
	特記事項: 実習生の受け入れマニュアルは、その内容が利用者の意向を尊重したものであり、個別の判断については管理者が行っていることを確認できた。			