

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 南淡在宅介護支援センター 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。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、在宅介護支援センターでのミーティング時や、法人内の主任ケアマネジャーや各専門職者からも指導・助言が受けられる体制が整備されている。
- ・地域連携について
地域資源を目的別にファイル化し、地域連携に活用している。月1回開催される南あわじ市介護支援専門員会に参加し、在宅介護支援センター主催で地域ケア会議を毎月開催し、また、地域の病院・クリニック・地域包括支援センター・社会福祉協議会等との協力体制を整備している。

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。
- ・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。

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。 補足等：	<ul style="list-style-type: none"> ■ A B C ■ ■ 	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。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。
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。 補足等：	<ul style="list-style-type: none"> ■ A B C ■ ■ ■ 	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。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っている。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。ケアマネジャー不在時には、事務部署で対応し、正確な対応ができるように連携を図っている。

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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ (A) B C ■ 	<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る。会議の内容は、議事録に記録している。</p> <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、意見・提案を出し合う機会を設けている。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>月に1回以上利用者宅を定期訪問し、利用者・家族の意見を聞く機会を設けている。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>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>
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 ■ ■ ■ 	
		補足等:		

			<p>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。南あわじ市介護支援専門員会が定期的開催され、そこでの研修に参加している。県等が実施する外部研修案内は閲覧しており、必要な研修には今後参加支援を行う予定である。出張命令書・復命書で研修内容の報告を行っている。事業所が必要と認める研修受講について、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。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。</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。毎朝、在宅介護支援センターでのミーティング時や定期的開催される在宅福祉事業部での勉強会で指導助言を受ける機会がある。法人内の主任ケアマネジャーや理学療法士からも指導助言が受けられる体制が整備されている。地域の病院、法人関連の八木病院、地域包括支援センターと連携体制があり、必要に応じて支援を受けることができる。</p>
<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系統的な研修プログラムを用意している。 <p>補足等：</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ (A) B C ■ ■ ■ ■ 	
<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>	<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
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) B C	計画書を作成するにあたって、利用者基本情報の家族の意向欄、ADL評価表等から意向を把握してアセスメントを行い課題・ニーズを明確にして、家族等の意向を計画に反映させている。医療・介護サービス種別の介護事業所一覧表を作成しており、事業所の特徴が分かる一覧表となっている。南あわじ市が作成した「分かりやすい利用の手引き(図表入り)」を活用して、家族等に分かりやすく説明している。成年後見制度の活用が必要な利用者には、地域包括支援センターと連携して活用のための支援を行っている。兵庫県社協作成の権利擁護に関するパンフレットも準備し、施設玄関に設置している。ケアマネジャーマニュアルの各種手順書に、説明から同意に至る手順がフローチャートの形で明示されている。説明時の重要な事項については、説明漏れがないよう赤アンダーラインを施している。ケアマネジャー役・家族役を決めて、ロールプレイを実施している。 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、最近の事例はない。事例があれば在宅課連絡会でデータの蓄積・検討を行う仕組みがある。
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) 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。	<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"/> 利用者の興味を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	

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) B C	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。 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。
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) 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。	<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 B 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ (A) B C ■ ■ ■ 	利用者基本情報、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。ニーズに基づいて、長期目標・短期目標を計画書で設定している。それぞれのケアマネジャーが計画作成担当で、最終責任者を施設長としているが、実務的にはソーシャルワーカーが作成統括責任者となっている。計画書の作成に当たっては、サービス担当者会議を開催し、利用者の状況や課題の共有化に取り組んでいる。会議には、本人・家族・主治医・看護師等が参加していることが、サービス担当者会議録から確認できる。会議に出席できない人にも、意見の把握に努めている。
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 ■ ■ 	ケアマネジャーマニュアルを作成している。各種手順書マニュアルで、契約書・重要事項説明書説明手順、居宅サービス計画書作成手順、情報提供手順等を定めている。各種ケア検証マニュアルを作成し、各種サービスにおける、着眼点・留意点を定めている。ケアマネジメント委員会で、定期的にマニュアルごとの見直しを行うよう検討している。
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 ■ 	毎朝在宅介護支援センターでミーティングを開催し、情報を共有している。今まで1人事業所であったので、法人のケアマネジメント委員会や支援センターのソーシャルワーカーと相談・検討を行っていた。複数体制になったため、事業所内でのケース会議を予定している。
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 ⁺) 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>		(A) B C	<p>毎月、利用者が利用している各サービス事業所から利用者状況報告書を受領し、個人別ファイルに保管している。また、モニタリング結果として実施状況を居宅介護支援経過に記載している。サービスの実施状況の記録についての管理責任者を管理者としている。サービス計画書はそれぞれの事業所へFAX送信している。サービス実施後の利用者や家族の状況の変化等は、日々サービス事業所から連絡を受け、その内容を支援経過に記録として残している。短期目標の期間ごとに、家族から確認した実施状況・満足度等をモニタリング記録表に記録し、総括・評価を行っている。</p> <p>モニタリング実施後、ADL評価表でADLを確認し、再アセスメント実施後、担当者会議を開催して計画の見直しを行っている。利用者・家族の希望で計画を見直し、同意を得ていることを、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。変更後のサービス計画書の内容について、同意欄への捺印により同意を得ている。</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>		(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 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。	<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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ (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、夫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が明示されている。ケアプラン作成時には、それらを参考にしながら、利用者一人ひとり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: 居宅サービス計画書のサービス内容欄に意思疎通の方法について明示している。</p> <p>食事: 居宅サービス計画書のサービス内容欄に食事についてのサービス方法を明示し、胃瘻の方法を個別詳細に記載している。</p> <p>入浴・清拭: 居宅サービス計画書のサービス内容欄に、「顔に水がかからないように」等個別の注意事項を明示している。</p> <p>身だしなみ・清潔保持: 居宅サービス計画書のサービス内容欄に更衣交換、清拭として記載し、下着交換時に見守りを行う等具体的方法を明示している。</p> <p>機能訓練: 居宅サービス計画書のサービス内容欄に、拘縮予防のための機能訓練、嚥下が円滑にできる訓練等具体的方法を明示している。</p> <p>心理: 居宅サービス計画書のサービス内容欄に、レクの参加により脳の活性化(気分転換)を図る等具体的方法を明示している。</p>
2 利用者の好みにあわせた理・美容への支援を行っている。	<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。 	<ul style="list-style-type: none"> □ A B C □ 	<p>重要事項説明書に苦情に対する窓口を明示し、苦情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、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。相談内容に応じて、地域包括支援センター、市の長寿生活課、在宅介護支援センター等に相談を持ち掛けており、相談内容は支援経過に記録として残している。</p>
3 余暇活動や生きがいづくりへの支援を行っている。	<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。 	<ul style="list-style-type: none"> □ A B C □ □ 	<p>重要事項説明書に苦情に対する窓口を明示し、苦情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、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。相談内容に応じて、地域包括支援センター、市の長寿生活課、在宅介護支援センター等に相談を持ち掛けており、相談内容は支援経過に記録として残している。</p>
4 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。	<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。 	<ul style="list-style-type: none"> □ A B C □ □ 	<p>重要事項説明書に苦情に対する窓口を明示し、苦情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、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。相談内容に応じて、地域包括支援センター、市の長寿生活課、在宅介護支援センター等に相談を持ち掛けており、相談内容は支援経過に記録として残している。</p>
5 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。	<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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ A (B) C □ ■ 	<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。基本情報に、緊急連絡先・主治医等の連絡先を明記している。また事業者にも書面で個別の連絡先の情報提供を行っている。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>
6 利用者の状況を利用者の家族等へ情報提供している。	<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。 	<ul style="list-style-type: none"> □ (A) B C ■ ■ 	<p>重要事項説明書に苦情に対する窓口を明示し、苦情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、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。相談内容に応じて、地域包括支援センター、市の長寿生活課、在宅介護支援センター等に相談を持ち掛けており、相談内容は支援経過に記録として残している。</p>

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"/>		
2 快適な食事環境の整備に配慮している。	<input type="checkbox"/> 定期的にご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。 補足等：	<input type="checkbox"/> A B C <input 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。	<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。 補足等：	<input type="checkbox"/> A B C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
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。 補足等：	<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 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。 補足等：	<input type="checkbox"/> A B C <input type="checkbox"/> <input 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 type="checkbox"/> 利用者の体調や健康状態の変化を記録している。 補足等：	<input type="checkbox"/> A B C <input type="checkbox"/>		

	<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"/> <input 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。	<input checked="" type="checkbox"/> 必要となる関係諸機関・団体をリスト化している。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> <input type="checkbox"/>	必要な連携の目的別に、医療機関・サービス事業所一覧等を1冊ずつファイル化している。月1回開催される南あわじ市介護支援専門員会に参加している。また、在宅介護支援センター主催で地域ケア会議を毎月開催している。地域の病院・クリニック、地域包括支援センター・社会福祉協議会等々いつでも連携して協力を得られるよう取り組んでいる。
補足等:				
2	ボランティアの受入に配慮している。	<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"/>	
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。	<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"/>	
補足等:				