

介護老人保健施設 藤崎苑 通りハ サービス自主評価

※前回自主評価との比較

改善
見直しが必要

第2回 平成19年7月20日(金)

17:30～ 在介2階

出席者: 武南施設長・戸田看護部長・西田部長心得
龍石主任・中村主任・末盛副主任 佐竹副主任・
岩崎リーダー・屋敷栄養士・桜井OT・安田リーダー
片山CW・藤原CW

この基準は、当施設が指定基準(厚生省令)を満たした上で、改善に向けた施設独自の取り組みを促進し、評価結果の公表によってご利用者様に分かりやすい情報を提供する目的で行われるものです。
なお、この基準はサービス評価の着眼点を整理したものであり、事業者の総合評価を行う際には、各項目の重要度に応じたウエイト付けが必要であることから、○の数が直ちにサービスの優劣を示すものではありません。

それぞれの評価基準の内容について、注釈に書かれてある例示を参考にして、おおむね達成できていると判定した場合には判定欄に○を、要改善と判断した場合には△を記入しています。
(注釈の全てが達成できていなければ、○をつけられないものではありません。)

NO	項目	評価	評価の判断根拠/改善計画 など
I 運営理念			
1 運営の明確化			
1	<p>○理念の具体化、実現及び共有 事業主と全ての職員は、指定通所リハビリテーション事業者としての理念・意義と役割を理解している。</p> <p>※次に例示されるような点に留意し、工夫を行っている。 ・理念等を書いた書類を配布する。 ・朝礼、会議、研修などで周知し、理解を促すための説明をする。 ・理念等を職員が理解できているか、管理者等が定期的に点検を行う。</p>	○	<p>組織の理念が、朝礼にて、理念目的職員全員で唱和と内容の勉強会を定期的に行い。職員への周知と意識向上を図る。</p>
II 利用申し込みから利用終了までの手続き			
1 利用申込時			
2	<p>○サービス内容の説明 利用申込者又はその家族に対して、重要事項の説明を行う際、重要事項説明書のほかにパンフレットを用意するなど、わかりやすい説明に配慮している。</p> <p>※次に例示されるような点に留意し、工夫を行っている。 ・重要事項説明書のほかに、職員の状況やサービス内容等をわかりやすく具体的に記載したパンフレット等により説明する。 ・質問に対して、職員が的確に答えられるよう、研修などを徹底する。 ・目や耳が不自由な方へ配慮する。</p>	○	<p>介護保険制度に基づき約款・パンフレット施設パンフレットと合わせて分かり易く説明行う。目や耳の不自由な人の説明は家族同伴にて行ったり、大きな声や筆談にて本人へ確認を行いながらの説明に心掛けている。(目の不自由の人の為の点字パンフレットはありません。)出来ていると判断。</p>
3	<p>○利用申込み(1) 介護支援専門員からサービスの提供依頼があった場合、主治医の承認を得ていることを確認している。</p>	○	<p>Drの承認を直接は得ていないも、CMからの利用依頼の時点で、情報提供にて確認行っている。また、任意にて診療情報提供を依頼している。</p>
4	<p>○利用申込み(2) 利用希望者から直接利用申込を受け付けた時、所定の手続きをとるよう勤めている。</p> <p>※利用申込者が要介護(要支援)認定を受けていない場合は、速やかに申請が行われるように援助を行っている。 指定居宅介護支援事業者等へつないでいる。 居宅介護支援事業者を複数の事業者から選択できるように説明を行っている。</p>	○	<p>介護保険制度に基づいて利用出来る。介護認定を受け介護保険証の有無、担当者や事業所名、有効期間の確認行う。NOであれば、当苑併設の居宅介護支援事業所も含め居宅介護支援事業所へ繋げ、その他の説明も行う。出来ていると判断。</p>

5	<p>○利用申込み(3) 利用申込者との利用契約は、重要事項説明書を提示・説明し、契約書を作成して行っている。</p> <p>※契約関係を明確にするため利用契約書を交わし、サービスの利用に伴うトラブルを未然に防止している。</p> <p>認知症高齢者等の場合、本人が意思表示できないこともあるので、家族や代理人(成年後見制度等の利用)を通じて、適正な契約を結ぶよう配慮している。</p>	○	<p>介護保険制度に基づく申し込み・約款・同意書・誓約書・個人情報保護法等の説明を行い。納得の上にて契約を行う。事業開始以来、成年後見制度等の該当者はないが、認知症の独居高齢者等に対しては特に成年後見制度の内容にも周知の上、適正な契約を行う。出来ている判断。</p>
2 サービス開始前			
6	<p>○ニーズの把握、評価 サービス利用の具体的な内容を検討するために、事前に利用者宅を訪問するなど、専門的な視点からニーズの把握や評価を行っている。</p> <p>※居宅サービス計画に基づいた計画を作成するために、事前に利用者宅を訪問し、具体的なニーズを把握している。</p> <p>介護支援専門員、主治医から情報を収集している。</p>	○	<p>CMとの同伴にて訪問行い、具体的ニーズの把握・情報収集、自宅周辺の道路状況に至るまで把握する。出来ている判断。</p>
7	<p>○サービスの利用調整(1) 指定居宅介護支援事業者からサービス提供の依頼があった時、その提供するサービス内容について、サービス担当者会議等を開いている。</p>	○	<p>初回判定会議・本人宅にてサービス担当者会議にて行っている。出来ている判断。</p>
8	<p>○サービス利用調整(2) 指定居宅介護支援事業者から一方的にサービス提供の依頼を受けるのではなく、サービス担当者会議を通じて、常にサービス内容等について、サービス提供事業者としての意見を明確に伝えている。</p>	○	<p>CMと同伴にて・サービス担当会議と他職種の出席を得て行う。定期的に判定会議にてサービス内容の評価を行うと同時に、担当CMに対して現状、意見等を伝えている。出来ている判断。</p>
3 利用終了時			
9	<p>○利用契約の解約・利用終了後の対応(1) 利用者の受け入れが出来ない場合は、指定居宅介護支援事業者へ連絡している。</p> <p>※通常の事業の実施地域、定員数等を勘察し、自ら適切なサービス提供することが困難と判断された場合は、指定居宅介護支援事業者と連携し、適当な他の指定通所リハビリテーション事業者の紹介を行っている。</p>	○	<p>受け入れ要請・希望に対して、正当な理由での受け入れ困難である場合(送迎外・定員数等の理由)、指定居宅介護支援事業者へ連絡・連携行い、他事業所の紹介を行っている。</p>
10	<p>○利用契約の解約・利用終了後の対応(2) 利用者が何時でも契約の解除ができることを説明し、また、利用者又は事業者から直ちに契約を解除することができる事由を事業者として定めている。</p> <p>※利用者から直ちに契約を解除する事ができる事由 ・事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合 ・守秘義務に反した場合 ・利用者等の身体や財産などを傷つけ又著しい不信行為を行った場合 等</p>	○	<p>約款の第3条・第4条・第8条にて定め、それに基づいて説明・同意を得ている。出来ている判断。</p>
11	<p>○利用契約の解約・利用終了後の対応(3) 利用終了に際して、必要な情報提供やアドバイスを利用者・家族にわかりやすく行っている。</p> <p>※必要な情報やアドバイス ・利用者の身体面・心理面の状態 ・生活上の留意点 ・介護の方法、留意点 等</p>	○	<p>利用終了の際には、必要な情報提供や要望等、必要に応じてアドバイス行っている。</p>
12	<p>○利用契約の解約・利用終了後の対応(4) 利用終了時に他の事業者が選定された場合は、必要に応じて情報の提供等を行っている。</p> <p>※他の事業者へ利用者・家族等の状況を情報提供する場合は、プライバシーの保護の観点から、利用者・家族の同意を得ている。</p>	○	<p>CM・家族その他の事業所より開示依頼があれば、個人情報取り扱い同意の基で提供する。出来ている判断。</p>

Ⅲ ケアサービス			
1 通所リハビリテーション計画			
13	○通所リハビリテーション計画策定と実施(1) 居宅サービス計画に基づいて、利用者や家族等介護者の希望、心身の状況等を踏まえて、通所リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容等が盛り込まれている。	○	定期的に担当会議(CMから連絡)ケアプランの立案と短期・長期の中にFaのニーズが盛り込まれている。本人や家族の同意を得ており、交付している。また、居宅介護支援事業者に対しては全てに配布行っていないが、計画書提供依頼の有無に関わらず配布行っていく。
14	○通所リハビリテーション計画策定と実施(2) 通所リハビリテーション計画を策定する際に、医師や理学療法士、作業療法士等の意見をとり入れて行っている。 ※利用者一人ひとりについてアセスメントを行っている。 心身の状態により必要な場合、利用者・家族の同意を得て、主治医や、利用者に関連する保健福祉機関からの意見を取り入れている。	○	事前に利用者の医学的処置又は、リハビリ等はOTと共に、入院先に訪問して把握して、意見を取り入れている。施設の担当医に相談の上にNs・OT・介護士対応おおむね出来ていると判断。
15	○通所リハビリテーション計画への利用者・家族の意見の反映 通所リハビリテーション計画策定に当たって、利用者・家族が参加し説明の上、同意を得、計画書を交付している。 ※通所リハビリテーション計画を策定する過程で、利用者・家族の意見を聞くなどの参加を得るとともに、策定された計画について利用者・家族に説明し、同意を得ている。	○	定期的ケアプランの立案と短期・長期の中にFaのニーズが盛り込まれている。本人や家族の同意と得ている。計画書は1部家族に交付している。
16	○通所リハビリテーション計画の見直し サービス内容の経過を正確に観察・評価し、必要に応じて通所リハビリテーション計画の見直しを行っている。 ※サービス提供者側の一方的な計画見直しではなく、ニーズの再評価や利用者の満足度の確認を行って、通所リハビリテーション計画の見直しを行っている。 利用者・家族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。 変更後の計画について利用者・家族に説明し、同意を得、計画書を交付している。	○	必要に応じて対応を行っている、3ヶ月事の判定会議にて見直し・評価できている。また、第三者からの視点のCM等を通し利用者の現状のリハビリ状況の満足度について個別に聞き取りを行う他、苑独自のアンケート調査を行いリハビリへの満足度を把握している。
2 利用者本位のサービス提供			
17	○自立支援(1) 日常生活動作のすべてに手を貸すのではなく、利用者が可能な限り自分で取り組むように配慮している。	○	在宅生活の維持向上を図る上で、残存機能を活かす配慮が出来ている判断。
18	○自立支援(2) 集団活動から小グループ活動、個別での活動を充実させ、利用者の要介護状態の維持、改善に向け取り組んでいる。	△	個別活動におけるサービス提供は行っているも、改善の必要性有り、また集団活動から小グループ活動のサービス提供については計画的には行っていない。今後は計画的且つ目標設定を行い提供にあたる。
19	○健康管理 利用者の健康状態に気を配り、健康の保持増進のために必要な支援を行っている。 ※次に例示されるような点に留意し、工夫を行っている。 ・利用者の健康状態を観察する。 ・健康状態について記録する。 ・主治医から健康状態について必要な情報を得るとともに、主治医に対して定期的に報告を行う。 ・健康状態に変化がある時は、医師の指示に従い必要な支援を行う。 ・必要な検査や検診を受けられるように援助する。	○	利用中に体調不良になった場合、当苑のDrIに対応処置行い、その後は家族とに説明行い。主治医に受診する。おおむね出来ている。デイケア利用中は介護保険適用で検診や検査は医療行為で、行わない。主治医に対し定期的な報告へは行っていないも、適時には行っている。
20	○コミュニケーション(1) 利用者・家族への言葉づかいに対する配慮がなされている。 ※次に例示されるような点に留意し、工夫を行っている。 ・自尊心を傷つけるような言葉づかいをしない、幼児語を用いたしない、指示的な言葉にならないようにする。 ・利用者の心身の状況に応じた適切な声量、言葉の早さに注意する。 ・マニュアルなどにより事業所全体に徹底するよう努める。	△	職員馴れ合いの言葉が時折有り、指示言葉等で適切でない言葉掛けもあり。接遇研修や部署の小集団活動等を通してコミュニケーションスキルの向上に努め、部署の接遇目標を定めマニュアル化に努める。

21	○コミュニケーション(2) 利用者・家族の心理面に配慮し、コミュニケーションをとっている。	○	送迎時や問い合わせ時間のある限り対応行う おおむね出来ている
22	○利用者の意向の尊重 サービスの利用に当たって、利用者・家族の意向をできる限り尊重するよう努めている。 ※通所リハビリテーション計画策定時に、利用者・家族の意向を尊重するだけでなく、実際のサービス提供にも十分意向を尊重している。	○	家族・本人の意向を尊重している。(曜日・回数)
23	○サービス提供の事前準備 サービス提供前に、必要な機材等の準備や確認を行っている。 ※次に例示されるような点に留意し、工夫を行っている。 ・利用者の記録により、サービス提供内容の留意点を確認するとともに必要に応じて関係機関や事業者等に連絡をとる。 ・必要な備品等を準備する。	○	機材などの必要性があれば、サービス提供前に準備・確認を行っている。
24	○事後処理 サービス提供が円滑に引き継がれるとともに、関係者と情報が共有されるように、報告・事後処理を行っている。 ※次に例示されるような点に留意し、工夫を行っている。 ・サービス提供後に、利用者及びサービス内容についての報告と検討を行う。 ・記録を作成することにより、提供内容を整理し、客観的に見直す。 ・必要に応じて指定居宅介護支援事業者等に連絡をとる。	○	判定会議にて共有する。必要に応じてはCMへ連絡行っている。今後は、申し送り等も取り入れていく。
25	○他のサービスの把握 公的サービスや他のサービス提供機関等の実情を把握し、他のサービス事業者とよく相互に連絡し、連携をとっている。	△	他のサービス事業者と直接的には連絡を行って おらず、主に電話連絡・サービス担当者会議 にてCMを通して情報提供を受け実情の把握に 努めている。直接的に連絡・連携を図るよう努 める。
26	○情報提供 サービスの利用状況について、利用者・家族及び居宅介護支援事業者への適切な情報提供に努めている。	○	各利用者家族へは、送迎時の口頭での情報提供 や手帳へ連絡記載などを行っている。また、 居宅介護支援事業所へも電話連絡等にて適時 適切な情報提供に努めている。

3 個々のサービス内容

27	○食事(1) 食事をおいしく食べられる雰囲気づくりを行っている。 ※次に例示されるような点に留意し、工夫を行っている。 ・食堂の設備や雰囲気について、定期的に検討会議を開き必要に応じて改善を図っている。 ・食器やテーブル、椅子、採光、照明等の工夫をしている。 ・献立や食材に地域性や季節感があり、盛り付け等も工夫している。 ・適温による食事提供の工夫をしている。 ・利用者に対する嗜好調査を行なうなど、利用者の好みを反映させたメニューを工夫している。	△	献立や食材は季節感などあるも、配膳車に保 温性の機能なし、また、初回に嗜好調査は行う も個別には反映困難。また、食事環境作りにつ いて定期的な検討会議は行えておらず、今後 検討していく予定。
28	○食事(2) 食前、食後の衛生面の配慮を行っている。 ※次に例示されるような点に留意し、工夫を行っている。 ・食前に、利用者に手洗いをさせるなど衛生面に配慮する。 ・食前に換気を行うなど、快適で衛生的な食事環境をつくるよう努める。	○	殺菌済みお絞リタオルを全員に配置食事前に 配慮している。食前の換気の実施については、 放送により換気時間を知らせているも実施は他 の業務多忙の為にまちまちであり、今後は多忙 な際にも換気扇を回す等、確実にやっていく。 概ね出来ていると判断。
29	○食事(3) 利用者の心身の状態に配慮した適切な内容の食事が提供されている。 ※次に例示されるような点に留意し、工夫を行っている。 ・主食・主菜・副菜を基本的にバランスの取れた食事を提供している。 ・高血圧食や糖尿病などの疾病に配慮した食事を提供している。また、栄養士による栄養指導等を受けられる。 ・摂食・嚥下障害等身体状況にあわせた食事形態の食事を用意している。 ・栄養士や保健・医療スタッフとの連絡調整の確保をしている。 ・食習慣の尊重や必要に応じた補食を行っている。	○	バランスの取れた食事、又、糖尿病食なども提 供しており栄養指導も必要な方には適時行 っている。また、極きざみ食、ミキサー食、粥 食などの提供も行っている。

30	<p>○食事(4) 利用者の心身状態に合わせた(摂食・嚥下障害等)食事介助をしている。</p> <p>※次に例示されるような点に留意し、工夫を行っている。 ・食事介助等支援マニュアルが用意されている。 ・配膳の順番を工夫するなど、時間差を付けて食べるペースの違いに配慮する。 ・全て介助するのではなく、自立支援が行えるよう介助する。</p>	○	心身状態に合わせた食事介助、配膳の順番の工夫などの配慮は行っている。
31	<p>○口腔ケア 利用者に対する口腔ケアが適切に行われている。</p> <p>※食後の口腔清掃の実施を援助し、定期的に口腔ケアを行っている。</p>	○	昼食後歯磨きや口腔ケアの時間を設け実施している。
32	<p>○入浴(1) 利用者の身体状態に合わせた入浴及び入浴介助を実施している。</p> <p>※次に例示されるような点に留意し、工夫を行っている。 ・利用者が入浴等を行う事を十分納得した上で行う。 ・心身の状態上、入浴が困難な場合などは、清拭を行う。 ・浴室と脱衣室の温度差に配慮する。 ・利用者に合わせた湯温を管理する。 ・入浴後の水分補給等に注意する</p>	○	入浴サービス提供については、個別に声かけし誘導を行い、身体状態に合わせた介助を行っている。また、当日の心身の状態などにより入浴困難なケースにおいては、清拭、更衣を行っている。また、浴室と脱衣所の温度差への配慮、個別での湯温管理、入浴後の水分補給など行っている。
33	<p>○入浴(2) 利用者のプライバシー・心理面に配慮した入浴及び入浴介助を行っている。</p> <p>※脱衣室の確保、性別配慮、所持品の適切な整理・保管などを行い、利用者の羞恥心にも配慮する。</p>	○	仕切りがないので同性同士であっても羞恥心の配慮が今一步工夫が必要ではあるが、概ね行っている。但し、援助者の性別配慮は実情行っていない。
34	<p>○排泄(1) 心身の状態に合わせた排泄介助を行っている。</p> <p>※次に例示されるような点に留意し、工夫を行っている。 ・おむつ利用者でもなるべく一般のトイレで介助を行う。 ・精神機能の低下している利用者には、言葉をかけて誘導し、トイレ排泄を促す。 ・冬季の排泄場所の保温に留意する。 ・排泄に関する介助方法や時間、環境、用具等の検討会を行い、介助に生かしている。</p>	○	職員カンファレンスにおいて援助などについて検討を行っている。トイレが混雑する時間帯などの誘導の配慮が必要ではあるが概ね行っている。
35	<p>○排泄(2) 利用者のプライバシー・心理面に配慮した排泄介助を行っている。</p>	○	失禁の際やオシメ・パットの交換時は他者に察知されないよう配慮を行い、またパーテーションや仕切りを行うプライバシー・心理面に配慮行い介助行っている。
36	<p>○送迎(1) 利用者の送迎を適切に行っている。</p> <p>※次に例示されるような点に留意し、工夫を行っている。 ・家族との申し送り時間の確保を含め、自宅への送迎時間を明確にする。 ・送迎時の情報をスタッフ間で共有する。 ・安全かつ効率的な送迎経路の確保に配慮する。 ・待ち時間や乗車時間が長時間にならないよう配慮する。</p>	○	送迎時間を明確に行っているが、送り時は送迎の兼ね合いにて若干の変動あり。利用者の自宅玄関前まで送迎行い、同地域の経路を確保している。
37	<p>○送迎(2) 送迎に当たって、利用者の状態に対する配慮をしている。</p> <p>※次に例示されるような点に留意し、工夫を行っている。 ・常に利用者の状況を観察して変化を把握し、無理のない安全な送迎を心がける ・乗車及び降車の際には、利用者の心身の状態を確認し、適切な対応を行う。 ・緊急時に対応ができるよう、送迎車に無線機等の配置、添乗職員の複数化、送迎順序の変更などの仕組みを準備する。 ・利用者の種々の状態に対応できる車種を用意する。</p>	○	運転手と別に添乗員を乗車させ、また、携帯電話を持ち緊急連絡体制を敷いている。(小型車については単独送迎)

38	<p>○認知症高齢者(1) 認知症の状態を理解したケアに努めている。</p> <p>※次に例示されるような点に留意し、工夫を行っている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症の状態に合わせたケアを行う。 ・ある程度反復性を持たせたり、軽度の人にはあまり単純な内容にしないなど配慮する。 ・人権、意思を尊重する。 ・行動そのものを押さえつけるのではなく、環境を整備したり、受容的な態度で行動を受け止める。 ・なじみの人間関係(仲間)をつくれるように働きかける。 	△	<p>認知症高齢者に対する理解・ケアはカンファレンスなどにより行うも、援助方法など職員画一的には行っていないケースもある。また、職員の認知症に対するケアなどのスキルアップも研修などを通して向上を行っている。要改善。</p>
39	<p>○認知症高齢者(2) 認知症高齢者の行動障害などの観察と分析を行い、その行動を理解し、適切な対応を行っている。</p> <p>※次に例示されるような点に留意し、工夫を行っている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症に対する知識向上のための学習を行っている。 ・行動障害のある利用者には、一定期間観察と記録を行い、その分析を行う。 ・行動障害の原因や行動パターン、自他への危険性等を把握し、それを職員が認識する。 ・各専門職種が緊密に連携をとり、適切な対応に心がける。 ・利用者の判断能力が低下し、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業などを利用している場合、当該後見人などと連携を図る。 	△	<p>認知症高齢者に対する観察・分析による理解は、職員各々では行っているも、対応などは画一的でない。また、観察記録は端的に行っているも、それに対する分析は改善を要する。事業所内研修や外部研修にて、認知症高齢者に対する理解と援助のスキルを上げていく。要改善。</p>
40	<p>○リハビリテーション(1) 医師、理学療法士、作業療法士等が共同して作成した通所リハビリテーション計画に基づいて計画的にリハビリテーションを実施している。</p>	○	<p>医師・理学療法士・作業療法士等が共同して作成した通所リハビリテーション計画に基づいて計画的にリハビリテーションを実施している。</p>
41	<p>○リハビリテーション(2) リハビリテーションを日常生活に役立つ視点で指導している。</p> <p>※必要な技術や知識等を有する専門スタッフの指導のもと、リハビリテーションが進められている。</p>	○	<p>日常生活の状態を把握するようにし、自宅での運動、活動への注意点などを指導・対応するように努めている。概ね行っている。</p>
42	<p>○リハビリテーション(3) リハビリテーションのプログラムは利用者が参加しやすいように計画され、実施されている。</p> <p>※活動の内容を利用者個々に説明し、参加や選択の働きかけを個別に行うとともに、参加への障害を取り除いている。</p>	△	<p>活動の内容説明・参加の働きかけは個別に行っている。来苑時間、入浴時間の関係により時間配分で実施に不十分な面があり、参加しにくい場面がある。関連部署との協議により障害を取り除くよう努めていく。</p>
43	<p>○リハビリテーション(4) 利用者の特性に配慮しながら、活動的なプログラムを用意し、生活のリズムが得られるようにしている。</p> <p>※利用者の特性や嗜好に配慮し、個人又はグループとしての活動が継続に工夫している。</p>	○	<p>レクリエーション・作業・個々の特性を生かした活動的に生活できるようにしている。今後はよりプログラムの幅を広げていくよう努める。おおむね出来ている判断。</p>
44	<p>○リハビリテーション(5) (個別)リハビリテーション実施計画書に基づいて、個別リハビリテーションを実施している。</p>	○	<p>3カ月あるいは都度見直すようにし、計画書に基づき行っている。</p>
45	<p>○医学的管理 医師による医学的管理のもとにサービスが実施されている。</p> <p>※症状の変化時は主治医と連携をとり、指示のもと対応を図る。利用者の主治医と情報交換を行う。</p>	○	<p>医学的管理の下のサービス実施行っている。主治医とは必要に応じて連絡・連携は行いが、「指示のもと」での対応については臨機応変に行うも、緊急時においてそれは状況的に不可能である。評価不能。</p>
IV 運営体制			
1 事業の統合性			
46	<p>○責任者の協働と職員の意見の反映 法人代表者(開設者)及び管理者等は、ケアサービスの質の向上に熱意を持ち、それぞれの権限や責任を踏まえて共に取り組んでおり、介護職員等の採用、運営方法等について、職員の意見を聞いている。</p>	○	

47	<p>○管理者による状況把握 管理者が状況把握して、個々のサービス提供に関して、定期的に指導・助言を行う体制がとられている。</p> <p>※管理者と担当職員との間に十分な理解と意志疎通を図った上で、サービス実施状況の定期的な報告、確認を行っている。また、責任体制を明確にしてサービスの提供を行っている。</p>	○	<p>定期的な判定会議を通して管理者より助言・指導を行える体制にある。また、日々管理者への報告・確認を行っている。</p>
2 サービスの質の向上			
48	<p>○計画的な取組 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。</p> <p>※次に例示されるような点に留意し、工夫を行っている。 ・サービス内容や提供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た上で、これを克服するための目標を設定した3年間程度の中・長期計画を策定する。 ・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する。 ・事業計画の評価を行うために、職員、利用者等の意見を聞く。</p>	△	<p>事業計画についての策定は行えているも、3か年程度の中・長期計画に反映は行えておらず。今後、中・長期計画を踏まえての事業計画の策定を行う。要改善。</p>
49	<p>○自主評価の実施 評価基準等を活用して定期的に自主評価を行い、必要な業務改善を行っている。</p> <p>※一定期間ごとに評価作業を繰り返し、確実に業務改善に結びつけている。</p>	△	<p>自主評価の実施は行えているも、職員一同が前回の自主評価を踏まえた上での改善点の周知が行えていない。自主評価結果について、部署内においても確実に業務改善へと繋げるように、検討会などにより改善点・改善方法への周知に努める。要改善。</p>
50	<p>○自主評価結果の公表 利用者・家族等に対して、自主評価結果を公表している。</p>	○	<p>玄関前・ホームページ上にて、自主評価結果を公表している。</p>
51	<p>○職員の意見の反映 サービスの質の向上への取組に職員が参加している。</p> <p>※次に例示されるような点に留意し、工夫を行っている。 一定期的に職員からの提案を募集する。 ・職員の意見を聞く機会を設ける。</p>	○	<p>全職員を対象に、意見交換の場(がやがや会)を設けている。また、部署別に小集団活動を通してサービスの質の向上に努めている。</p>
52	<p>○利用者・家族等の意見の反映 サービスの質の向上への取組に利用者・家族等の意見をとり入れている。</p> <p>※次に例示されるような点に留意し、工夫を行っている。 ・定期的に利用者・家族等の意見を聞く機会を設ける。 ・出された意見を検討する。 ・出された意見の対応結果の説明等を利用者・家族等に対して行う。</p>	△	<p>利用者・家族等の意見を取り入れサービスの質の向上に努めるも、定期的な機会の提供は行えていない。アンケートなどを通して意見を聞き反映させていく。</p>
53	<p>○ケアカンファレンスでのスーパービジョン 必要に応じて、事業所内あるいは外部の専門家の参加により、ケアカンファレンスの際にスーパービジョン(助言指導)を実施している。</p> <p>※ケアカンファレンスは、利用者に関わる問題について様々な観点からケアの再検討を行うとともに、問題を職員間で共有化することを目的とする。 スーパービジョンについては、管理者が必要に応じて適切な助言をするよう努めている。</p>	○	<p>スーパービジョンについて、管理者が適切な助言行えている。但し、外部専門家の参加の点については行えていない。概ね行えている。</p>
3 職員の確保・育成			
54	<p>○人事・労務管理(1) 適切な人事採用や人事管理がなされている。</p> <p>※次に例示されるような点に留意し、工夫を行っている。 ・職員の採用方法や基準を明らかにする。 ・採用時・退職時には管理職が直接面接を行う。また、退職時にはその理由等の把握に努める。 ・昇格・登用の基準を明確にし、公平かつ適切な配置を行うなど、職員のやる気を引き出すように努める。</p>	○	<p>管理職による面接などにより人事採用・管理が行えている。</p>

55	○人事・労務管理(2) 就業規則が定められ、適正に運用されている。	○	就業規則が定められており、適正運用行っている。
56	○継続的な研修等の確保 職員がそれぞれの段階に応じた研修や指導・助言を受けている。 ※次に例示されるような点に留意し、工夫を行っている。 ・採用時研修や事業所内研修を行うとともに、行政や団体等が行う研修内容を把握し、参加計画を立てる。 ・職員の研修ニーズを分析し、ニーズを踏まえた研修を行う。 ・外部の学会や研究会等への参加を促進する。 ・職員が自発的に研修等に参加しやすい職場環境づくりに努める。	△	事業所内研修会行っている。外部研修参加の機会あるも職員定数の兼ね合いにて参加が行えていない。研修参加の行い易い環境を整えていく。要改善。
4 サービス提供体制			
57	○サービスの標準化 サービスに関するマニュアル等を職員に徹底し、サービスの標準化が図られている。 ※マニュアル等の内容には、個々のサービスの留意点や具体的手順のほか、利用者・家族へのサービスの説明と同意、職種ごとの業務分担、サービス内容の検討、決定、見直し、個々のサービスの具体的な事前準備や作業手順、緊急時対応、記録の作成と保管等の事項を盛り込んでいる。 マニュアルは定期的に検証し、必要に応じて見直しを行っている。	○	概ね行っているが、マニュアルの定期的な検証が行えていない。今後、適時見直しを行っていく。
58	○利用時間の柔軟化 利用時間の延長等に対応できる体制がとられている。	△	延長サービスについて現在行っておらず、それについては今後検討を行う。
59	○サービス内容の工夫 通所リハビリテーション計画に基づくサービス提供に当たって、地域特性等に配慮した工夫をしている。 ※次に例示されるような点に留意し、施設独自の工夫を行っている。 ・地域独特の行事を取り込んだ食事等のサービスを検討する。 ・季節や行事を意識したプログラム等の作成を検討する。	○	介護保険適用外ではあるが、苑全体での夏祭りの開催や、通所リハビリテーション利用者のみを対象とした季節ごとの遠足企画提供は行っている為、概ね出来ているとする。
5 衛生・安全管理			
60	○感染症対策(1) 感染症予防のための必要な対策を講じている。 ※次に例示されるような点に留意し、工夫を行っている。 ・感染症予防マニュアルの作成や職員に対する研修を実施する。 ・手洗器等の設備機器を設置する。 ・職員の健康状態をチェックし、記録する。 ・利用者や家族に対し、感染予防に関する普及啓発を行う。	○	マニュアルの整備、事業所内研修などにおいて職員への対策は講じているが、利用者に対して定期的な普及啓発が不十分。今後は冬には風邪予防の対策のお知らせ、季節事の感染防止策をお知らせする方法も必要である。概ね出来ている。
61	○感染症対策(2) 感染者に対して適切な対応がなされている。 ※次に例示されるような点に留意し、工夫を行っている。 ・感染に適切に対応するためのマニュアルや事例集を作成し、職員に徹底する。 ・感染症等の有無について、担当の介護支援専門員を通じて把握し、記録する。 ・利用者・家族に対し、感染に関する普及啓発を行う。	△	利用前に感染症の有無については把握行うも、職員全体での把握が行えていない。今後カンファレンスなどを通し職員の周知を図る。また、利用者・家族に対しても感染に対する普及啓発活動を行っていく。
62	○食品衛生対策 食品衛生対策を講じている。 ※次に例示されるような点に留意し、工夫を行っている。 ・食品衛生の知識を徹底する。 ・職員の健康管理を徹底する。	○	食品衛生対策を講じている。調理士・調理員にも研修会などに参加啓発し、衛生管理のビデオ鑑賞を行うなど勉強の場を提供している。また、職員は出勤時に毎朝衛生チェックを行い健康管理にも努めている。

63	<p>○緊急時の対応の周知と緊急時の報告書の活用 事故防止の対策や緊急時の対応方法がマニュアル化され、職員に徹底されていて、発生した場合は事故報告書があり、サービスの改善につなげている。</p> <p>※次に例示されるような点に留意し、工夫を行っている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・マニュアルは定期的に見直しを行っている。 ・事故が起きうる場合を常に検討しなおしている。 ・ヒヤリ・ハットを全スタッフへ報告し、業務改善に生かしている。 ・事故が生じた場合には、その原因を解明し、再発防止策を講じている。 ・利用者に緊急事態が発生した場合は、対応の内容等を記録し、保管している。 ・利用者世帯の非常時の連絡体制や緊急体制を確立している。 	○	緊急時対応・事故防止などのマニュアル化はされているが、マニュアルの定期的見直しについては行えておらず、今後は定期的見直しを行う。概ね出来ている。
64	<p>○非常災害時の対応と防災責任者の設置 災害(火災・震災等)における対策として、防災責任者を設置し、定期的な防災訓練を実施している。</p>	△	防災責任者の設置、定期的な防災訓練の実施は行えているが、震災については訓練未実施。要改善。
6 記録の管理、情報の開示、提供			
65	<p>○個別の記録 利用者に関する情報を適切に記録している。</p>	○	行えている。
66	<p>○記録の管理 利用者の記録の保管方法を定めて、それを基に適切に記録の保管をしている。</p> <p>※管理責任者、保管場所、利用方法とその手続き、保管方法を定めている。</p>	○	記録の保管方法については場所を定め、施錠の管理など徹底している。
67	<p>○開示請求に対する対応 利用者・家族からの情報開示の要求に応じている。</p>	○	約款別紙3にてその旨を記載している。
68	<p>○プライバシーの保護 利用者・家族の人権やプライバシー保護に適切な配慮を行っている。</p> <p>※次に例示されるような点に留意し、工夫を行っている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者に関わる記録や資料等に関する取扱い要領等を定める。 ・情報の取扱いは、細心の注意を払い、守秘に努めるよう職員に徹底する。 ・必要に応じて関係機関に情報を提供する場合は、利用者・家族も同意を得ている。 ・認知症高齢者等の権利に関しても十分な配慮を行う。 	○	個人情報の取扱いについては、守秘義務に努めるよう取扱いに注意・配慮を行っている。
7 相談・苦情への対応			
69	<p>○相談・苦情受付の明示 相談や苦情を受け入れる事業者側の窓口及び職員が明確であり、利用者・家族にその利用の仕方を文書と口頭で繰り返し伝えている。</p>	○	玄関先や利用約款、広報誌やホームページに相談受付担当者・解決責任者を明示している。利用の方法についても、サービス利用時や相談の際に説明を行っている。
70	<p>○相談等の機会の確保 定期又は必要に応じて、利用者・家族との相談等の機会を積極的に設けている。</p> <p>※次に例示されるような点に留意し、工夫を行っている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者・家族からの意見は、アンケート等を定期的実施することによって把握する。 ・単に意見や情報として把握するだけでなく、必要に応じて情報提供や支援等の助言を行なう。 	○	苑独自にデイケア利用満足度アンケートを実施し意見等を求めている。また、口頭で言いにくい方には玄関先にご意見ボックスを設置、また、インターネットによる苦情・要望も受けられる環境を配慮している。
71	<p>○苦情への迅速な対応 利用者・家族から苦情が寄せられた場合は、職員で速やかに対策案を検討して回答するとともに、サービスの改善につなげている。</p> <p>※次に例示されるような点に留意し、工夫を行っている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情等があった場合は、担当者等ができる限り早く話を聞き、不満等のある人には個別に話を聞く機会を持つ。 ・場合によっては、担当者を交替させ、利用者・家族との関係改善に努める。 	△	文書にて解決責任者へ報告。苦情内容を文書にて報告のち、職員カンファレンスにて検討。その後、苦情申立人への説明を行い、苦情解決に努めている。意見ボックスへの無記名投書については、掲示を行っている。但し、迅速な対応にての対策案の検討から回答までは若干の時間を要す為、要改善とする。

8 事業所と他機関、地域との連携・交流			
72	<p>○市町村、居宅介護支援事業所、関係機関との連携 市町村、居宅介護支援事業所、他のサービス提供事業者や関係機関との連携、調整を図り、個々の利用者が援助を受けられるよう努めている。</p> <p>※次に例示されるような点に留意し、工夫を行っている。 ・個々のケースやサービスに関する連携や情報の交換・共有化以外にも、日常的に連携と協力を推進している。 ・地域ケア会議等へ参加し、事例の提供等を行っている。 ・プライバシーの保護に留意しながら、情報を共有化し、総合的・一体的なサービスが提供されるように努めている。</p>	△	<p>相談員と他の関係機関との事業所との連携、調節を図りプライバシーの保護に留意しながら協力を推進しているが、地域ケア会議等への参加、事例の提供については行えておらず、今後積極的な参加を行うものとする。</p>
73	<p>○地域との連携と交流 地域での介護教室の開催や介護者会への参加など、地域との交流に努めている。</p> <p>※次に例示されるような点に留意し、工夫を行っている。 ・一般住民向けに、講習会や介護教室を実施する。</p>	○	<p>定期的な介護予防教室の開催、ボランティアの受け入れ、小学生との交流、夏祭りなどの施設行事への参加や、地域振興祭りへの参加など、地域との交流を行っている。</p>
74	<p>○人材育成への貢献 実習生を受け入れる体制がとられている。</p> <p>※次に例示されるような点に留意し、工夫を行っている。 ・受け入れのためのマニュアル等を定めている。 ・受け入れに当たって、実習担当者を定めている。</p>	△	<p>受け入れや担当者については苑全体として実習担当者を定め対応している。部署としての担当者は定めておらず、マニュアルの整備を行う。要改善。</p>