

新ひだか町社会福祉協議会 新ひだか町デイサービスセンターあざみ

実施年月日：平成25年 3月 5日

I サービス提供の基本取扱方針と組織体制

1. 事業目的及び運営方針

1-1 事業の目的や運営の方針を職員に周知しているか。

- ☒ 理念・基本方針等が記載されている書類を配布している
- ☒ 朝礼・会議・研修等で周知し、理解を促すための説明を行っている
- ☐ 会議・研修で理念・基本方針等について学習する機会を設けている
- ☒ 理念・基本方針を職員が理解できているか、施設長・管理者等が定期的に確認している
- ☐ 朝礼等で周知しているが、書類は配布していない
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

1-2 サービスの質の向上に向けた業務改善に取り組んでいるか。

- ☒ 会議や委員会等を通じて業務改善に関する職員の意見を定期的に把握した上で、これを活かした業務改善に取り組んでいる
- ☐ 業務改善に取り組んでいるが、業務改善に関する職員の意見を十分に反映したものになっていない
- ☒ その他（職員研修を実施 ）
- ☐ サービスの質の向上に向けた業務改善に取り組んでいない

2. 事業計画

2-1 事業計画を作成しているか。

- ☒ 事業計画を作成し、具体的な取り組みが事業計画に記載されている
- ☒ 事業計画を作成しているが、具体的な取り組みが記載されていない
- ☐ その他（ ）
- ☐ 事業計画を作成していない

2-2 事業計画の実施状況について評価を行っているか。

- ☒ 事業計画の実施状況及び評価を行っており、その際、職員の意見を聞いている
- ☒ 事業計画の実施状況及び評価を行っているが、その際、職員の意見を聞いていない
- ☐ その他（ ）
- ☒ 事業計画の実施状況及び評価を行っていない

3. 管理者及び施設長の役割

3-1 管理者や施設長として果たすべき役割が明確に位置づけられているか。

- ☒ サービスの質の管理責任者であること及び利用者からの相談・苦情等への対応責任者であることが明確に書面で定められている
- ☒ 明確に書面には定められていないが、サービスの質の管理責任者であること及び利用者からの相談・苦情等への対応責任者であることが位置づけられている
- ☐ その他（ ）
- ☐ サービスの質の管理責任者であること及び利用者からの相談・苦情等への対応責任者であることが位置づけられていない

3-2 積極的に職員に助言したり、相談に乗ったりしているか。

- ☒ 常日頃から職員との意思疎通を心がけ、職員が困難に遭遇していることや職員から相談をもちかけられそうなことを事前に察知し、積極的に助言を行っている
- ☒ 職員が困難に遭遇していることを発見した場合や職員から相談を持ちかけられた場合には助言を行っている
- ☐ その他（ ）
- ☐ 職員に助言したり、相談に乗ったりする取組みを行っていない

II 人材育成

1. 職員の資質の向上

1-1 専門的知識・技術の修得や職業倫理等に関する研修の機会を確保しているか。

- ☒ 研修計画を策定している
- ☒ 初任者全員に初任者研修を行っている
- ☒ 必要な学術誌・書籍を購入している
- ☐ 他の施設と職員同士の交流している
- ☒ 外部研修に積極的に職員を派遣している
- ☒ その他（内部研修を実施 ）
- ☐ 実施していない

2. 実習生・ボランティアの受入れ

2-1 実習生を受入れる体制が整備されているか。

- ☒ 実習生を受入れている
- ☒ 実習担当者の選任や実習生の受入れマニュアルを用意している
- ☒ 実習生を受入れるにあたり、利用者の意向を尊重し、あらかじめ了解を得ている
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実習生を受入れていない

2-2 ボランティアを受入れる体制が整備されているか。

- ☒ ボランティアを受入れている
- ☒ ボランティアの受入れに対する方針・マニュアルを定めている
- ☒ ボランティアの活動範囲を明確にしている
- ☒ ボランティアの対応に当たる担当者を定めている
- ☐ ボランティアに対する研修指導を行っている
- ☒ 活動中の事故に対する対応を定めている
- ☐ その他（ ）
- ☐ ボランティアを受入れていない

2-3 職員の勤務条件は適切か。

- ☒ 体調が悪いときに、休暇をとれる体制ができている
- ☐ サービス残業がない
- ☒ 有給休暇を消化できるよう配慮している
- ☒ 送迎等は専用車で行っており、保険に加入している
- ☒ リフトや電動ベッド等、移動・移乗時の介護職員の負担を軽減する用具を整備している
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

Ⅲ 利用者本位

1. コミュニケーション

1-1 利用者に対する言葉遣いや態度は適切か。

- ☒ 利用者の自尊心を傷つけるような言葉遣いをしていない
- ☒ 公平性を保っている
- ☒ 指示的な言葉遣いにならないように注意している
- ☐ サービス提供時のマナー、心得、挨拶、言葉遣いについて、自己点検表を作成する等して定期的に自己点検させている
- ☒ サービス提供時のマナー、心得、挨拶、言葉遣いについて、定期的ではないが自己点検させている
- ☒ サービス提供時のマナー、心得、挨拶、言葉遣いについて、自己点検させていない
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

1-2 利用者とコミュニケーションを図る上で配慮すべき事項には適切に配慮しているか。

- ☒ 相手のちょっとした意思表示や反応を見逃さないようにしている
- ☒ 遠慮やこだわりなく希望を言える雰囲気を作るようにしている
- ☒ 相手の表現方法、声の大きさ等を気にかけている
- ☒ 相手の気持ちを聴くようにしている
- ☒ 相手の希望を聞きだすようにしている
- ☒ 信頼関係をつくるようにしている
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

1-3 職員が利用者と一緒に過ごす時間を増やす努力をしているか。

- ☒ 余暇活動等を一緒に行う機会を持つようにしている
- ☒ 食器の後片付けや洗濯物たたみ等、出来る範囲の作業を利用者と一緒に行っている
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

2. 人権の尊重・個人情報の保護

2-1 利用者の虐待・人権侵害を防ぐ取り組みをしているか。

- ☒ 就業規則や職員規範に、職員による体罰等の絶対禁止・発見時の通報を明示している
- ☐ 権利擁護機関への通報を職員に周知している
- ☒ 権利擁護のための委員会等が設置されている
- ☒ 権利擁護のためのマニュアル等が整備され、適切な研修が行われている
- ☒ 体罰を行った職員を厳格に処分することになっている
- ☐ 職員の権利擁護に関する意識や実態等について利用者や家族から意見を聞く機会が設けられている
- ☐ 関係機関との連携を図るための取り組みがされている
- ☒ 利用者の家族による虐待の場面に遭遇した時の対応について職員に周知している
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

2-2 抑制や拘束は行わないようにしているか。

- ☒ 抑制や拘束を行いように常に工夫している
- ☒ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わないことを運営規定、重要事項説明書等に盛り込み、利用者又は家族にわかりやすく説明している
- ☐ やむを得ず拘束を行う場合、通所介護計画に明記し家族等の同意を得た上で行っている
- ☐ やむを得ず拘束を行う場合、詳細な記録を残している
- ☐ やむを得ず拘束を行う場合、その明確な理由を説明することができる

- ☐ やむを得ず拘束を行う場合、抑制や拘束解除のための方策を立て、努力している
- ☒ 身体拘束を行わないための研修や検討会を開催している
- ☒ 外部の研修会や勉強会等にも積極的に参加している
- ☒ 現在、身体拘束という事象がサービス提供場面で発生していない
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

2-3 個人情報適切に取り扱っているか。

- ☒ 利用者や家族の人権や個人情報保護に関する取扱い規定を定め、職員に徹底させている
- ☒ 利用者や家族の個人情報に関する書類は、保管場所を決め、適切に保管している
- ☒ 利用者や家族の個人情報を伝える相手の範囲について、利用者や家族に同意を得ている
- ☒ 利用者・家族に関わる個人情報の同意をボランティアや実習生に対し周知徹底している
- ☒ 利用者のことを利用者以外の人（家族を含む）に不用意に話をしないこととしている
- ☒ 病院や買い物途中等、利用者以外の人が多い場で、利用者の個人情報と思えるような話をしないこととしている
- ☒ 利用者や家族からの求めに応じて、サービス提供に関する記録等の開示を行う
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

3. 自立支援

3-1 利用者が自立して生き生きとした生活を送ることができるようサービス提供しているか。

- ☒ 利用者の維持能力や主体的行動を重視し、自立支援に繋がるサービス手法を取入れている
- ☒ 自立支援に繋がるよう利用者の状態に応じ、車いす等自助具を活用するよう配慮している
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

3-2 外出の支援をしているか。

- ☒ 外出行事や散歩を行っている
- ☐ その他（ ）
- ☐ 上記に当てはまらない
- ☐ 実施していない

3-3 利用者のニーズに応じて金銭管理の支援を行っているか。

- ☒ 必要に応じて、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業等の紹介を行っている
- ☐ その他（ ）
- ☐ 上記に当てはまらない
- ☒ 実施していない

4. 対等なサービスの提供、組織の運営

4-1 介護保険制度について適切に説明しているか。

- ☒ 介護保険制度及び通所介護サービスについて資料を用意し、利用者に説明している
- ☒ 利用者に説明すべき内容を職員に指導している
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

4-2 重要事項について適切に説明しているか。

- ☒ サービス開始にあたり、提供するサービス内容、責任者や担当者、利用料金等といった利用申込者のサービス選択に資すると認められる重要事項を利用者またはその家族等にわかりやすく説明し、同意を得ている
- ☒ 重要事項説明書を利用者またはその家族等に交付している
- ☒ 重要事項説明書の内容は、図表を取り入れる等わかりやすいよう工夫している
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

4-3 利用者と通所介護事業に関する契約を取り交わしているか。

- ☒ サービスの開始にあたり、利用者と通所介護事業に関する契約を文書で取り交わしている
- ☒ 利用者本人が契約することが困難である場合に、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の活用あるいは第三者の関与等を含めて、利用者に対する支援がなされている
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

4-4 業務分担・責任の所在を明確にしているか。

- ☒ 職制・事務分掌を示す諸規定がある
- ☒ 組織図がある
- ☐ 利用者一人ひとりの担当者を明示しており、即座に確認できる
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

4-5 サービスの質の向上に向けた中長期的な計画を策定しているか。

- ☒ サービスの質に関する現状分析を行っている
- ☒ サービスの質の向上に向けた中長期的な課題を明確にしている
- ☒ サービスの質の向上に向けた目標を設定している
- ☒ 目標の達成を評価している
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

4-6 直接サービスを提供する職員が、業務改善の意見を述べる機会があるか。

- ☒ サービスの質の向上を図るための会議・委員会にサービスを提供する職員が参加している
- ☒ サービスを提供する職員の提案や意見が業務の改善に反映される仕組みになっている
- ☒ 年間を通じて職員から業務改善のための提案募集や意見を聴取するためのアンケートを実施している
- ☐ その他（ ）
- ☒ 実施していない

4-7 利用者や家族等の意見を聴くための取り組みを行っているか。

- ☐ 懇談会を行っている
- ☐ 「ご意見箱」等を設置している
- ☐ アンケート調査を行っている
- ☐ 利用者の自治活動、家族会活動を支援している
- ☒ その他（利用者一人一人に連絡帳を配布。送迎時や電話等で行っている。）
- ☒ 実施していない

5. 通所介護計画

5-1 利用者やその家族の希望を聴くと共に、利用者の身体状況・生活状況等を把握しているか。

- ☒ サービス提供にあたっては利用者やその家族の希望を聴くと共に、利用者の身体状況・生活状況等を把握している。
- ☒ 担当のケアマネージャーを通じて、介護目標や介護方針について情報収集し確認している
- ☒ 通所介護以外の介護保険サービスや介護保険以外の保健・医療・福祉サービスの利用状況を把握している
- ☒ 食事や排泄等、場面別に経過をおって結果を確認できる記録になっている
- ☒ その他（排泄に関しては時間、回数、等の希望がない限り記入していない。）
- ☐ 実施していない

5-2 通所介護計画書を作成し、利用者またはその家族に提示して同意を得ているか。

- ☒ 計画作成担当者は把握した利用者の情報、介護方針に基づく課題、目標、具体的なサービス内容が明示された通所介護計画書を作成し、利用者またはその家族に提示して同意を得ている
- ☒ 計画作成担当者は、作成した通所介護計画書を管理者や施設長に報告している
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

5-3 必要に応じて通所介護計画書を評価しているか。

- ☒ あらかじめ定められた時期に目標の達成状況进行评估している
- ☒ 評価結果から通所介護計画書を策定している
- ☒ 計画作成担当者は利用者の情報に基づき、設定されている目標に対する達成状況等サービス提供に関する評価を行っている
- ☒ 定期的ではないが、設定されている目標に対する達成状況等サービス提供に関する評価を行っている
- ☐ その他（ ）
- ☐ サービス提供に関する評価は行っていない

5-4 必要に応じて通所介護計画書を評価・見直しているか。

- ☒ 計画作成担当者は、利用者の状態、介護者の状態、サービスの利用状況、目標の達成状況等に基づき、必要に応じて通所介護計画書を見直している
- ☒ 計画作成担当者は、見直しにあたって利用者及びその家族の意向を反映し、説明した上で同を得ている
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

IV 適切なサービス運営

1. サービス運営

1-1 サービス提供マニュアルの整備、見直しを行っているか。

- ☒ サービス提供に関するマニュアルを作成し活用している
- ☒ サービス提供に関するマニュアルには緊急時の対応、苦情対応、個人情報の保護が明記されている
- ☒ サービス提供に関するマニュアルは定期的に検証し、必要な場合には見直しを行っている
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

1-2 職員相互の連携が図れるよう積極的に取り組んでいるか。

- ☒ 利用者や家族からの要望、希望、特に留意すべき事項等利用者の状況の情報が、関係職員に確実に伝わるような取り組みがある
- ☒ サービス提供過程において、関係職員によるミーティング、ケース検討会議等を定期的に行っている
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

1-3 ケース検討会議等の結果報告を管理者や施設長へ適切に行っているか。

- ☒ ミーティング、ケース検討会議等の結果は、定期的に管理者や施設長に報告している
- ☒ ミーティング、ケース検討会議等の結果は、必要に応じて管理者や施設長に報告している
- ☐ その他（ ）
- ☐ ミーティング、ケース検討会議等の結果は、管理者や施設長へ報告していない

1-4 管理者や施設長は提供したサービス内容等を確認しているか。

- ☒ 管理者や施設長は、定期的に提供しているサービスが通所介護計画書に沿ったものであり、利用者の自立を促進する支援となっているかどうか確認している
- ☒ 管理者や施設長は職員からの報告に対し、決裁や押印等の対応を記録している
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

1-5 サービス提供困難事例にもできる限り対応することとしているか。

- ☒ サービス提供が困難と考えられる事例にも、極力、対応できる体制となっている
- ☒ サービス提供が困難と判断される場合にも、一方的な拒否とならないような手立てを講じている
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

1-6 介護支援専門員等との連携状況

- ☒ 体調の変化等、利用者の心身の状態に配慮すべきことが生じた場合には、担当ケアマネージャーを通じて主治医や訪問看護師等の他職種へ相談する等をしてつなげている
- ☒ ケアプランの変更が必要となった場合には速やかに担当のケアマネージャーに相談することとしている
- ☒ サービス担当者会議に参加している
- ☐ その他（ ）

1-7 家族、他のサービスとの連携を適切に行っているか。

- ☒ 利用者の心身の変化や発達に関する状況について、これらを記載した連絡帳を利用者やその家族さらには他のサービス事業者にも交付している
- ☒ 利用者の心身の変化や発達に関する状況について、これらを記載した連絡帳を利用者やその家族に交付しているが、他のサービス事業者には交付していない
- ☐ 利用者の心身の変化や発達に関する状況について、これら記載した連絡帳を利用者やその家族に交付していない
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

2. 相談・苦情の対応

2-1 相談機能の充実を図るよう、積極的に取り組んでいるか。

- ☒ 利用者が相談しやすいよう、福祉オンブズマン等の第三者相談員を設置している
- ☒ 相談内容によっては、より相応しい機関を紹介したり、連絡を取る体制をとっている
- ☒ 定期的、または必要に応じて、利用者や家族との相談や意見収集の機会を持っている
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

2-2 苦情相談マニュアルを整備し、苦情対応窓口の周知を図っているか。

- ☒ 苦情相談に関するマニュアルを作成し、苦情対応の担当窓口、事業所内での対応方法を職員に周知徹底している
- ☒ 利用者や家族に対して苦情対応の担当窓口、事業所内での対応方法を周知している
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

2-3 苦情解決機能の充実を図るよう、積極的に取り組んでいるか。

- ☒ 利用者が気軽に苦情や意見を言えるよう、雰囲気づくりに心がけると共に、苦情や意見を言った利用者が気まずくならないよう配慮している
- ☒ 苦情や意見があった場合、電話での対応に終わらせずに訪問する等をし、その日のうちに処理するようにしている
- ☒ 利用者からの苦情や意見はどんな小さいことでも見逃さず管理者や施設長に報告している
- ☐ 意見箱の設置等、匿名の苦情に対応できる体制をとっている
- ☒ 利用者が信頼でき、苦情の公正な解決が図れるよう、第三者委員を設置している
- ☒ 市町村、北海道国民健康保険連合会、北海道社会福祉協議会に設置されている苦情解決機関である運営適正化委員会等の苦情相談窓口の連絡先は、利用者や家族に周知している
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

2-4 苦情の整理、分析を適切に行っているか。

- ☒ 利用者からの苦情を記録し、その背景、問題の性質や対応方法を整理・分析している
- ☒ 今後のサービス提供に活かすよう、苦情の分析、処理の結果を反映した指導、反省会、研修等を行っている
- ☒ 管理者及び施設長は苦情対応の経過を常に把握するようにしている
- ☒ 苦情への対応内容、結果を必要に応じて、事業所内に掲示している
- ☒ 苦情への対応内容、結果を必要に応じて、担当ケアマネージャーへ連絡している
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

3. 健康管理等の支援

3-1 適切な健康管理・服薬管理を支援しているか。

- ☒ 利用者の体調チェックを行っている
- ☒ 身体の痛みや体調不良等、利用者の訴えに適切に対応している（看護職員等へ連絡することを含む）
- ☒ 利用者が服薬していることをチェックする
- ☒ 利用者が服用している薬については、看護職員と介護職員との連絡調整がなされている
- ☒ 利用者の行動を制限する可能性のある薬物の使用については、継続的に観察し主治医やケアマネージャーに相談・連絡している
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

3-2 利用者の必要に応じて、機能回復等に向けた支援を受けることができるか。

- ☒ 機能回復等に向けた取り組みを計画するにあたり、利用者の自己決定に配慮している
- ☒ 機能回復等に向けた取り組みを、生活の中に取り入れる工夫を行っている
- ☒ 必要に応じて機能訓練を行っている
- ☒ 理学療法士・作業療法士・看護師等が参加している
- ☒ 取り組みの結果を記録し、目標達成状況を評価している
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

4. 生活環境

4-1 光・音・換気等が適切に調節されているか。

- ☒ 自然光を取り入れる工夫を行っている
- ☒ 日光浴ができる場所を作っている
- ☒ 不快なおいを取り除く工夫をしている
- ☒ ナースコール受信（施設）や職員連絡等の騒音を防ぐ工夫を行っている
- ☒ 利用者が聞きたくないと思う音楽や音が聞こえないようにするための工夫や配慮をしている
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

4-2 家庭的な雰囲気配慮しているか。

- ☒ 共用空間にテレビだけでなく、家庭的な安らぎや落ち着きを感じられるような工夫がある
- ☒ 共用空間に日常生活とあまり関係のないものが出し放しにされていない
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

4-3 休養場所が適切に確保されているか。

- ☒ いつでも休養できるよう必要な台数のベッドがある
- ☐ ベッドはカーテンで仕切る等、プライバシーを守る工夫がある
- ☒ みんなが過ごす部屋から少し離す等、防音に配慮している
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

4-4 利用者が交流しやすいか。

- ☒ 廊下やロビーに利用者が利用できる椅子やベンチ等がある
- ☒ 利用者が日中いつでもお茶やコーヒー等が飲める場所がある
- ☒ 中庭やバルコニー等に利用者が自由に出入りすることができる（安全が確保されている）
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

4-5 建物設備や備品の安全面での見直し、メンテナンスを継続的に行っているか。

- ☒ 浴室・トイレ等建物各部の安全性を定期的に評価し、必要箇所を改善している
- ☒ ベッド、車椅子、移動用リフト、ポータブルトイレ等を定期的にメンテナンスしている
- ☒ 吸引器等の医療機器を定期的に点検している
- ☒ 利用者の持ち物（備品）が壊れたままになっていないかを確認している
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

5. 緊急・事故時における対応

5-1 事故防止に積極的に取り組んでいるか。

- ☒ サービス提供中に幸いにも事故に至らなかったが、「ひやっ」としたり「はっ」としたこと（ひやりはっと報告）を報告・記録するよう職員に徹底している
- ☒ 職員からの報告・記録に対して、その背景、問題の性質や対応方法を整理・分析し、事故防止に向けた改善を図っている
- ☒ リスクマネジメントに関して、担当者や委員会を設置する等の取り組みをしている
- ☒ サービス提供時に、事故が生じた場合に備え、連絡先・対応手順・対応責任者等を定めたマニュアルを作成し、職員周知をしている
- ☐ 事故発生時のマニュアルを使用し、定期的に訓練を行っている
- ☒ 事故が発生した場合、施設設備やケア体制等を含めた検討を行っている
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

6. 非常災害対策

6-1 非常災害対策に積極的に取り組んでいるか。

- ☒ 非常時の対応マニュアルを整備している
- ☒ 利用者の心身の状態等に応じた避難、誘導、搬送の体制を確保し、定期的に避難訓練を行っている
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

7. 衛生管理・感染症対策

7-1 衛生管理・感染症対策を適切に行っているか。

- ☒ 衛生管理・感染症対策に関する職員研修を計画的に行っている
- ☒ 衛生管理に関するマニュアルが整備されている
- ☒ 感染症対策マニュアルが整備されている
- ☒ マニュアル類は定期的に見直しを行っている
- ☒ 新規利用者について、事前に感染症罹患のチェックを行い、個別支援の方策を立てている
- ☒ 感染予防のため、換気や室温等の環境整備に配慮している
- ☒ 感染症を有する利用者へのサービス提供については、サービス提供手順を工夫する等の対応を行っている
- ☒ 感染症に罹患している利用者について、対策方法や配慮事項が利用者に関わる全ての職員に確実に伝わるシステムがある
- ☒ 入院治療の必要等がある場合を除き、感染者（疥癬・MRSA等）の回避やサービス利用の拒否を行っていない
- ☒ 手洗いや食べ物を持ち込むときの配慮等について、利用者や家族へ協力を求めている
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

8. 情報公開・地域連携

8-1 事業所概要やサービス提供に関する情報を開示するための規定を整備しているか。

- ☒ 業務記録・会議録等の保管に関する規定がある
- ☒ 情報の開示に関する規定がある
- ☒ 広報誌を作成し地域住民へ配布している
- ☐ 利用説明会や見学会等を行っている
- ☒ サービス内容の詳細について、利用者や家族に説明する文書を作成している
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

8-2 地域住民に対し介護保険サービス等に理解を深めてもらったり、連携を図るための働きかけを行っているか。

- ☒ 行事に住民を招いている
- ☐ 高齢者ケアに関する公開講座等を行っている
- ☒ 地域の高齢者の集い・福祉まつり等にスタッフを派遣したり、備品を貸し出ししている
- ☐ 地域活動に事業所の部屋を貸している
- ☐ その他 ()
- ☒ 実施していない

8-3 地域の関係機関・団体と連携を図るための取り組みを行っているか。

- ☒ 地域の関係機関・団体が集まる会議に参加している
- ☒ 地域の関係機関・団体のリストや非常時の連絡網を作成している
- ☐ その他 ()
- ☒ 実施していない

V 介護技術

1. 送迎

1-1 利用者一人ひとりに応じた送迎を行っているか。

- ☒ ゆとりある送迎計画に基づいて、安全且つ効率的な経路の確保に配慮している
- ☒ 乗車及び降車の際には、利用者の心身の状態を確認し、適切な対応を行っている
- ☒ 利用者の状態に応じて、複数の職員を配置する等の安全性に配慮している
- ☒ 利用者の心身の状態を踏まえ、待ち時間や乗車時間が長時間にならないよう配慮している
- ☒ リフト車の利用等、利用者の身体状況等に応じた送迎の支援を行っている
- ☒ 家族の希望に応じて、送迎時間帯を決めている
- ☐ その他 ()
- ☐ 実施していない

2. 食事介助

2-1 食事摂取を促す工夫を行っているか。

- ☒ 食事に時間がかかる利用者には、ゆとりのある食事時間を確保している
- ☒ 利用者の身体状況に応じて食器やスプーン等を工夫している
- ☒ 利用者一人ひとりに応じた机や椅子の高さ、姿勢に配慮している
- ☒ 利用者の嗜好に応じて、特別に食事を用意することができる
- ☒ 一度に食べることができない利用者には、間食を含めて食事摂取量の管理を行っている
- ☒ 必要な人に対しては、職員が一对一で、食事介助を行っている
- ☐ その他 ()
- ☐ 実施していない

2-2 利用者への配慮や適切な食事介助を行っているか。

- ☒ 楽しい雰囲気です食事ができるように工夫している
- ☒ 行事食等の利用者が楽しめる工夫をしている
- ☒ 利用者がゆとりをもって食事のできるだけの食事時間を提供している
- ☒ 自立支援に配慮し、自助具等の食器に工夫を凝らしている
- ☒ 利用者の体調に応じて、食事の内容、食事量に配慮している
- ☐ メニューは利用者が自由に選択できる複式献立としている
- ☒ 嗜好調査、意見箱等よりの意見、残菜調査を参考に利用者の希望を取り入れた献立づくりをしている
- ☒ 温かいものは温かく、冷たいものは冷たく食べられるように配慮している
- ☒ 厨房の衛生状態の保全、調理職員の検便の実施、新鮮な材料の使用等に配慮している
- ☒ 検食により食事の安全性を確認している
- ☒ 食事中は利用者の表情や動作から、食欲の有無、好き嫌い等を観察し、食欲増進を図る支援を行っている
- ☒ 利用者が口に運ぶ食事の量、利用者の食事のペース、適切な声かけ、介助者の位置等に配慮している
- ☒ 咀嚼、嚥下等の摂取機能障害を把握し利用者の身体状況にあわせた適切な支援を行っている
- ☒ 痰の除去、食後の歯磨き、うがい等の口腔ケアへの対応を適切に行っている
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

3. 入浴介助

3-1 入浴時のプライバシー等に配慮しているか。

- ☒ 入浴前には顔色を見る等の健康状態のチェックを行い、利用者の心身状態に合わせて部分浴、清拭等の入浴方法にも配慮している
- ☒ 風呂の湯は清潔に保たれている
- ☒ 脱衣所の換気や保温に配慮している
- ☒ 入浴中及び入浴待ちの間、裸体が他の人（入浴時の介護者を除く）に見られない等、利用者のプライバシーや羞恥心に配慮している
- ☒ 湯の温度や湯に浸かっている時間は利用者の希望に応じる等、入浴の快適性に配慮している
- ☒ 利用者の健康状態が優れないが、入浴を希望する場合には利用者の主治医ないしはケアマネージャーに連絡・相談することとしている
- ☒ 入浴の介助は利用者の意向を確認し、同姓介助に配慮している
- ☒ 入浴後の健康状態のチェックと水分補給に配慮している
- ☒ できるだけ入浴時間を分けて、一斉に次々と入浴していく形態を避ける努力をしている
- ☒ 脱衣、洗体等の一連の入浴介助を流れ作業のように何人もの職員の手によってしていない
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

4. 排泄介助

4-1 排泄時のプライバシー等に配慮しているか。

- ☒ 利用者の排泄のサイクルを把握し、声かけ誘導して可能な限りトイレでの排泄を促している
- ☒ トイレは手すりの設置等により事故防止に努めている
- ☒ ナースコールは円滑に作動し、呼び出しには速やかに対応している
- ☒ ポータブルトイレ使用時やオムツ交換時には、衝立やカーテンを使用する等、利用者のプライバシーや羞恥心に配慮している
- ☒ 安楽な体位での排泄等の安全且つ安心して排泄ができるように配慮している
- ☒ 手指や便器等の器具の清潔保持、排泄後の速やかな後始末等の衛生面に配慮している
- ☒ 利用者の状況や時間帯などに応じて、おむつ・失禁パット・下着を使い分けている
- ☐ その他 ()
- ☐ 実施していない

5. 移乗・移動介助

5-1 移動機器の利用や移動介助の方法は適切であるか。

- ☒ 利用者の身体機能を把握し、利用者の持っている力を最大限活用できるよう配慮している
- ☒ 声かけをしながら、適切な手順で効果的且つ安全な介助に配慮している
- ☒ 車椅子での移動介助については、移動動作を始める前に利用者に方法を説明し、納得してから行うようにしている
- ☒ 利用者の身体や目的に合った車椅子等の移動用具が用意されている
- ☒ 必要な車椅子や歩行補助具があり、ベッド横に置いておくことができる
- ☒ 利用者に応じた種類や大きさ車椅子、歩行補助具を使っている
- ☒ 車椅子や歩行補助具について、定期的な点検や適切な修理をしている
- ☒ 必要に応じて移乗用リフトを利用できる
- ☒ つたい歩きの利用者に対し、利用者の希望以外で安易に車椅子を使わない介助を行っている
- ☐ その他 ()
- ☐ 実施していない

6. 整容

6-1 身だしなみについて、利用者の意向や嗜好に配慮しているか。

- ☒ 利用者に声をかけながら、衣類等の準備をしている
- ☒ 利用者の好みを利用者や家族から聞いている
- ☒ 利用者が鏡を見て、身だしなみを確認できるよう配慮している
- ☒ 服装や髪型について、利用者の意向や嗜好に配慮している
- ☒ 利用者の身だしなみや清潔保持が適切に行われている
- ☐ その他 ()
- ☐ 実施していない

7. レクリエーション

7-1 レクリエーションが取り組まれているか。

- ☒ 自由に選択できるメニューとなっており、利用者が楽しく参加できるよう、趣味・娯楽等を活かすよう、利用者の意向に配慮して実施されている
- ☒ 年間行事計画の中に、家族やボランティアが参加できるものを設定し、積極的な参加を呼びかけている
- ☒ 少人数または利用者ごとのレクリエーション活動を行っている
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない

8. 認知症高齢者への対応

8-1 認知症高齢者への対応が適切に行われているか。

- ☒ 問題行動等がある場合には、観察や記録によって理解することに努めている
- ☒ 定期的に検討会等を実施、問題行動等の原因究明や除去、適切な対応が行える体制をとっている
- ☒ できる限り抑制や拘束を行わないような配慮がなされている
- ☒ 一人の人格者として認め、必要な場合には代弁者も立てながら、その対応に配慮している
- ☐ その他（ ）
- ☐ 実施していない