

福祉サービス第三者評価結果

1 第三者評価機関名

有限会社 保健情報サービス

2 施設の情報

名称:ナーシングセンターひまわり	種別:通所リハビリテーション		
代表者氏名:施設長兼管理医師 成相 泰夫	定員(利用人数): 20名		
所在地:島根県出雲市古志町2236-1			
TEL:0853-21-7960	ホームページ: http://www.w-himawari.jp/nursing		
【施設の概要】			
開設年月日:1989(平成1)年5月16日			
経営法人・設置主体:社会福祉法人 ひまわり福祉会			
職員数	常勤職員:	名	非常勤職員 1名
	医師	1名	理学療法士 1名
	理学療法士	2名	
	介護福祉士	6名	
施設・設備 の概要	食堂	1ヶ所	送迎車 5台 (うちリフト車) 3台
	静養室	1ヶ所	個浴 1ヶ所
	相談室	1ヶ所	特殊浴槽 1ヶ所
	地域交流室	1ヶ所	リフト浴 1ヶ所
	機能訓練室	1ヶ所	便所 1ヶ所 (うち車いす対応 1ヶ所)

③理念・基本方針

法人理念

1. 子ども、高齢者、障がい者の権利を守り、一人ひとりを大切にされた福祉実践を行います
2. 福祉の専門家として、知識・技能の向上に努め、ゆたかな感性をみがくように努力します
3. 福祉のまちづくりを進めるために、地域のささえあいを広げ、その発展に努めます
4. 利用者、職員の声を反映させ、開かれた運営を行います
5. 憲法を生かした平和でゆたかなくらしと社会福祉の充実をめざします

運営方針

(1) 高齢者の基本的な人権を守り、利用者の自立を目指し親切で心の通うケアを追求していきます。

(2) 地域に開かれた施設にしていきます

(3) 利用者の残存エネルギーの全面発達を目指します

(4) 第2種福祉施設であります

当施設は、通所リハビリテーション計画に基づいて、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行い、利用者の心身の機能の維持回復を図り、利用者が1日でも長く居宅での生活を維持できるように在宅ケアの支援に努めます。

④施設の特徴的な取組

利用者の方が可能な限り自宅において生活を継続していただくことができるよう、通所リハビリテーションを利用しその方の有しておられる能力に応じた心身の機能訓練を行い、機能の維持、向上をはかり食事・入浴・レクリエーション等のサービスを提供することにより、在宅生活を支援されます。

四季折々の自然が楽しめる環境の中、在宅生活維持に向けて、作業・理学療法士によるリハビリを中心にケアが行なわれています。

1989年（平成1）5月、第2種社会事業（生活困難者に対して、無料又は低額な費用で介護老人保健施設を利用できる事業）を実施する施設として50床が認可され、県下4番目の介護老人保健施設として誕生した。

その後、1991年（平成3年）3月、40床の認可を受け、90床の介護老人保健施設として再スタートさせ、同時に増床に伴い、病棟の分化（一般棟50床・認知専門棟40床）を行い認知症への対応が専門分化した。その後、デイケアセンター開設（1994年）、居宅介護支援事業所開設（2000年）を行い現在に至っています。

通所リハビリテーションは古志町の静かな景観に介護老人保健施設と別棟の平屋施設で、木造の温かいぬくもりにつつまれ、居間（畳の和室）やホール・リハビリ室など家庭でくつろいでいる空間に加え、室内や廊下の清掃や整理整頓がされ、安心・安全で清潔感の漂う施設を運営されています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成29年 6月 6日（契約日） ～ 平成30年 2月21日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0 回

⑥総評

◇特に評価の高い点

・施設長は事業所合同会議や各委員会、学習会に参加され開催内容から職員の指導、勉強会の機会を持たれサービスの質の向上に取り組まれています。

・子育て中の職員は夜勤免除があり、家族介護中の職員は勤務希望を聞き受け入れら介護と仕事の両立が図られ働きやすい職場となっています。

・利用者が少しでも心身の改善、自立に向けた日常生活を営むことを目指す運営方針に基づいた活動となっています。

・介護老人保健施設を中心としたナーシングセンターひまわりとして担当ごとの機能・役割を明確に文章化され、職員個々の「目標」を定め、定期の振り返り（日常の振り返り含む）など自己評価を重視する取り組みを目指されています。

組織目標として、職員の質向上を最重点に置いた地域・利用者ユーザニーズの把握・対策サービス提供（ケア向上委員会等で対策）及び職員の必要な知識・技術の習得研修やマナー・接遇研修によるサービス品質の標準化を明確にした取り組み等を掲げ取り組みが継続されています。

・利用者の安心・安全に対する取り組みも「災害（火災・防災）訓練の実施」・「事故・ヒヤリハット報告」「事故と防止対策の報告」「感染症対策委員会の定期開催」等、職員の意識向上を強く求めたものとなっています。

・居宅サービスの利用者の満足度は高く、日常の活動への信頼の積み重ねの結果と考えられます。

◇改善を求められる点

・職員一人ひとりの行動規範である企業理念・基本方針及び中期・短期の事業計画等を十分認識・理解の浸透度が組織的に薄く感じられます。

・利用者（家族）とのアセスメント時や担当者会議や通所リハビリテーション計画の説明等は専門用語など極力控えて、分かりやすく説明される等、利用者等の理解を深める取り組みが望まれます。

・介護現場の運営の課題・問題点の改善対策に視点が注がれやすいことから施設が目指す社会的役割や社会的価値の本質等を職員全体が理解した介護施設運営の取り組みが問われています。

事業方針として、①福祉サービスの質の向上②専門職としての職員資格の取得③風通しのよい職場づくりの3項目を掲げ、職員への各種研修等3ヶ年計画の取り組みが行われていますが、更に充実されることに期待します。

業務の「やり甲斐」「達成感」を強く認識されていますが、職員の個人目標が事業所全

体の目標に連動し、組織的に「個人目標（管理者面談）・成果振り返り及び（管理者面談）を通じた評価サイクル等が体系的に整理・取組みが実施される」及び「職員一人ひとりの育成計画」が一体的な運営の実施が求められます。

⑦ 第三者評価結果に対する施設のコメント

第三者評価を受けて、今後、取り組まなければならない課題が明らかになりました。今後の運営に生かしたいと考えます。特に、利用者満足度の継続的な検証が求められ、自己評価、利用者アンケートの活動などを継続的に行うことの必要性を再認識しました。

⑧ 第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

第三評価結果（通所介護）

共通評価基準（45項目）

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b
<p><コメント></p> <p>社会福祉法人ひまわり福祉会として、企業理念に基づいた事業運営（理念継承委員会：毎週開催及び各介護・保育施設での基本方針を定め）が行われ、施設内への掲示並びに事業計画年度始めに、職員への説明を行い周知が図られています。</p> <p>対外的には、広報誌やホームページ掲載及び家族等へ周知が行われています。</p> <p>職員にも職員会議等を通じて周知が図られていますが、理解面で不十分な部分も見受けられます。</p> <p>自らの業務に対する意識や利用者の接し方（姿勢）など日常業務を行う上で、事業者としての使命・役割の原点に立ち返る指標として、あらゆる場で継続的に認識への理解・周知を意図した取組みに期待します。</p>		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b
<p><コメント></p> <p>地域の「利用者潜在数」及び「経年別高齢者数推移予測」等に関するデータ収集・分析及び行政等の政策動向等における社会や経営環境の変化を見定めたコスト面や施設の利用率に連動した財務状況の分析が適切に把握・分析されています。</p> <p>国の報酬改定を含め、事業所を取り巻く環境の急激に変化しています。</p> <p>事業の在り方（経営の在り方）等の経営分析は、各種数値における背景及び今後の想定などの分析内容を職員に分かりやすく説明を行い、組織的な改善対策に向けた論議を積み上げる経営が重要と考えます。</p>		

3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b
<p><コメント></p> <p>経営状況の把握・分析・課題を詳らかにして、法人会議（理事会及び法人本部管理会議等）及び担当者会議等の組織的な体制を整え、経営課題や改善対策などを明らかにした取組みが定期に行われ、明確で具体的になっています。</p> <p>現場職員の中では、十分に事業運営における問題や課題が共有されていないケースも見受けられますので、今後、組織の問題・課題に対する具体策や到達目標や達成過程の進捗分析及び対策など全職員に周知する取組みが望まれます。</p>		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	b
<p><コメント></p> <p>第六期介護保険事業計画の最終年（2015年～2017年）の3ヶ年までの中期ビジョンが示され、事業計画、収支計画等（定量的含む）の全体の取りまとめは、法人本部（職掌）で実施されています。</p> <p>明確にされたビジョンを職員が実行するにあたっては、課題や改善施策（目標・成果分析・対策等）を中・長期的（単年度含む）に職員が共通の指標等として共有できる効果的な論議の場を設け（管理者研修等）、職員が意識できる「見える化」した目標や達成状況の揭示等の工夫が効果的と考えます。</p>		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	b
<p><コメント></p> <p>介護部会中長期計画より毎年の事業計画を作成されます。</p> <p>福祉会全体、事業サービス単位、担当単位別の単年度の事業計画・活動指標を策定されています。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b
<p><コメント></p> <p>法人全体で4月に方針の確認、2017年度の取り組みを基に、12月に総括され1月、2月に次年度事業計画を作成されます。全体会議で各部署より説明が行われ、月次（振り返り）や中間総括（9月）及び総括（3月）を踏まえ、成果や課題の分析・対策を行い、担当会議（毎週開催される場へ資料提出）及び毎朝行われるミーティング等で職員に周知されています。今後、評価、見直しに職員の意見が反映されるような仕組み作りに期待します。</p>		

7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	c
<p><コメント></p> <p>ホームページや施設内に掲示されています。利用者が在宅生活の為、家族が事業所に来られる事が少ないので、掲示による周知は難しい状況です。</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	b
<p><コメント></p> <p>法人教育委員会が偶数月開催、総括方針会議が年2回、各委員会が偶数月開催、福祉職の専門性を考える会が奇数月開催され、サービスの質の向上に向けた取組みが行われています。各部署で都度サービスの見直しも行われています。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	c
<p><コメント></p> <p>事業部合同会議及び法人会議等で組織（ナーシングセンターひまわり）の課題・問題点等を明確にして、月別、四半期毎に計画的に改善対策に取り組まれています。</p> <p>組織として、取り組むべき課題などの改善対策をスタッフ会議等で周知する等、職員への周知及説明を行い、課題や対策の共有が図られています。</p> <p>今後は、直面する本質的な課題や担当の強みの更なる強化を継続的に取組まれること望みます。</p>		

評価対象Ⅱ 施設の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	b
<p><コメント></p> <p>業務文書に明記されている。事業部合同会議、管理者会議、在宅介護支援課会議、施設内の研修に参加され自らの役割と責任を職員に表明されています。</p>		

11	Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>人権研修、リスクマネジメント研修、身体拘束研修等、法令遵守に関する研修に参加されます。</p> <p>施設内で勉強会や事業所内で勉強会をされ職員に周知されます。</p> <p>法令や介護保険制度の遵守及びプライバシー保護（守秘義務）や個人情報保護などの倫理規定を定め事業部合同会議及び事故防止対策委員会や教育委員会等で継続的な周知を図るなどの取組みが行われています。</p>		
<p>Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p>		
12	Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	b
<p><コメント></p> <p>事業所合同会議や各委員会、学習会に参加され開催内容から職員の指導、勉強会の機会を持たれサービスの質の向上に取り組まれています。</p> <p>定期的に法令遵守関連のマニュアルの見直し及び規定の文書掲示等による職員意識の徹底を図り、倫理や法令遵守の取組みを更に推進されることに期待します。</p>		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	b
<p><コメント></p> <p>重点項目の取組みとして、①経営基盤の改善（強化）②介護サービスの検証とレベルアップに向けた人材育成（研修の充実）③地域への貢献（地域の困ったをつかむ）を柱に取組みが開始されています。</p>		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
<p>Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。</p>		
14	Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	b
<p><コメント></p> <p>法人全体でホームページやSNSの活用、各種研修会の参加、就職面接会のプレゼン方法の見直しが積極的に進められています。</p> <p>良質なサービスを提供するための計画的な福祉人材確保が非常に厳しい現状に直面しており、その克服に向け、福祉の従事者として、開設時の原点（ひまわりの福祉論）に立ち返る取組みに連動した職員の各種研修（新人研修含む）及び職場風土の変革を掲げ、誇りを持って福祉サービス業務に携わることの環境整備及びやり甲斐、達成感あるものにしていくための改善対策を組織的に検討されている現状です。</p> <p>更に、介護事業そのものの地位向上を目指し、事業価値の社会的向上対策及び更なる新規サービスの開発・改善等、地域アピール活動の更なる展開を期待します。</p>		

15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	c
<p><コメント></p> <p>法人の人事基準等に則って行われていますが、職員への周知が不十分な面が見受けられます。現在、人事考課制度や個別面談等は導入されていませんが、今後検討されて行われる予定です。</p>		
<p>Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>		
16	Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	b
<p><コメント></p> <p>希望休、有給休暇は可能な限り取得できます。職員の相談窓口も設置されています。</p> <p>「風通しのよい職場」方針を掲げ、管理者と職員相互間のコミュニケーションの充実及び職員のストレスチェックや健康診断、インフルエンザの予防接種等職員が安心して働ける健康に関する取組みが行われています。</p> <p>職員一人ひとりの就業状況や意向の把握する仕組みを構築し、更なる風通しのよい職場への一助となる取組みに期待します。</p>		
17	Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>職員間でコミュニケーションを多くとり相談事や気になることがある時は面接が行われるが、定期的な面談は行われていません。</p> <p>職員の教育プログラムを検討され、福祉サービスに必要なマナー・接遇研修及び利用者への目配り・気配りの出来る人材をつくる職場OJTや各種講習会（行政主催も含む）への参加による育成取組みが行われています。</p>		
18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b
<p><コメント></p> <p>法人全体と事業所別の教育委員会の体制や棲み分けを明確にして、人材育成の基本方針に基づいて年間研修計画を策定して教育・研修に取り組まれています。</p> <p>管理者研修、新人教育研修、マナー・接遇研修（全職員）及び外部研修計画に加え、職員個々の福祉サービスに必要な有資格や職場OJT研修等の教育・研修及び昇級・昇格に連動させる等、職員の育成方針に基づいた取組みに期待します。</p>		
19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	b
<p><コメント></p> <p>職員の内部研修、新人研修の実施。キャリアパス中堅職員研修の参加。年間研修計画により外部研修に参加され職員一人ひとりの教育・研修の機会が設けられています。</p> <p>外部研修参加後復命書や報告書等で職員に情報提供が行われます。</p>		

II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
20	II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b
<p><コメント></p> <p>実習生指導研修修了者が担当者として対応されます。</p> <p>実習生受け入れの基本姿勢は文章で明記されており、受け入れは併設の老人保健施設で対応され、実習生がデイケア部署にも来られます。専門学校等の実習マニュアルに沿って実習生を受け入れ、学校等と連携した実習プログラムが作成され対応されています。</p>		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>企業理念・基本方針及び事業運営に関する施設概要・施設案内・提供する福祉サービス内容・ご意見や問い合わせ等のお知らせをホームページの活用や広報誌等で公開しておりますが、外部との接触の多い立場から多くの皆さまへの事業運営（当施設の強み等）の広報活動も更に意識した取組みに期待します。</p>		
22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>施設経営・運営、財務管理等は、法人本部が総括的に内部統制により適正に取組みがなされています。</p> <p>外部監査（税理士等）及び社内監査の実施等による透明性の高い運営となっています。</p> <p>公正かつ透明性の高い適正な経営・運営には、不正を正す社内規定など定期的見直しが組織的に確実に実行されているかのチェックが必要であることから各種のマニュアル及び手順書等の改善・見直しが適正かどうかを統制する仕組みを望みます。</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>パンフレットやホームページ、広報紙（ひまわり園便り、ひだまり通信）で地域に向けて情報公開をされています。</p> <p>過去にはナーシングセンターひまわりとして、文化祭など開催されていましたが、現在は行われていません。利用者と地域との交流が重要である認識を高かめ（地域への理解を更に深めるため）、地域の声を積極的に取り入れ交流の場を検討されること望みます。</p>		

24	Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	c
<p><コメント></p> <p>ナーシングセンターひまわり全体でボランティア等の受入れは行われていますが、通所リハビリテーション単独での受け入れは近年行われていません。</p> <p>ボランティア等の受入れに関する指針及びプライバシー保護マニュアル・情報保護マニュアル等について、受付担当窓口以外の職員も対応手順など全体に理解を拡げるなどの取組みを望みます。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
25	Ⅱ-4-(2)-① 施設として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	b
<p><コメント></p> <p>病院（救急医療施設等）、地域包括支援センター、社会福祉協議会、保健所、消防署、行政（健康福祉部）、他の居宅介護支援事業者や介護保険サービス事業者等の関係機関と連携が図られており、リストも作成されています。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
26	Ⅱ-4-(3)-① 施設が有する機能を地域に還元している。	c
<p><コメント></p> <p>利用者が在宅の為、取組みが難しい状況です。</p> <p>施設の有するサービス内容や機能をホームページ（意見・要望の受付含む）や広報誌で周知する等の取組みは行われています。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	c
<p><コメント></p> <p>利用者が在宅の為、取組みが難しい状況です。</p> <p>介護相談等は受付されており、相談には、丁寧に分かり易く説明され、施設として情報発信を大切に取組まれています。</p> <p>施設では、地域のニーズ把握による課題・問題の発見及びサービス改善を目的にアンケート調査など計画がされていることから新たな活動への動きに期待します。</p>		

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>利用者の人権・尊重について、運営方針に明記され事業計画説明時の周知及び毎月の会議の中で職員へ理解を深める取組が行われています。</p> <p>年間研修としてコンプライアンス研修が実施されています。</p> <p>組織全体として、「入浴、排泄、食事等の介護、相談、援助、機能訓練、療養支援」等ごとの実施基準等が職員に共通に理解されているかの理解度チェック等（職員一人ひとりが参画して、課題検討・基準作成・実践までのキメの細かな仕組み作り）利用者・家族からの安心と信頼を更に深めていく取組を期待します。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>基本理念、就業規則にも謳われており、新人研修時にもプライバシー保護等の学習会が行われます。</p> <p>特に人権、プライバシー保護等については、法人も力を入れられており、利用者のプライバシー保護及び虐待防止（権利擁護）の規定が作成され「身体拘束廃止検討委員会」（偶数月）を事業責任者及び各担当から構成されたメンバーにより、現状把握～改善対策や職員への研修などの取組が行われています。</p> <p>マニュアルについては見直しの検討を行われる事を望みます。</p>		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	b
<p><コメント></p> <p>ホームページ・広報誌等により、施設概要、施設案内、サービス案内、料金表や行事予定等家族の方々が利用するための必要な知識及び組織の援助体制などを明記した情報を積極的に提供されています。</p> <p>利用者等からの見学要望等には、随時見学の場を提供する等利用選択の機会を設けられています。</p>		

31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更において利用者等にわかりやすく説明している。	b
<p><コメント></p> <p>契約書、重要事項説明書を利用開始時にできるだけ分かりやすい言葉で説明するよう心がけておられます。</p> <p>ケアプランについても、サービスの開始時や更新、変更時に同じく分かりやすい言葉で説明されています。本人の理解が難しい時は家族に説明が行われます。</p>		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>現状の情報提供書、看護サマリー等の作成、福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等はサービス関係者と連携し継続に繋げる対応が行われています。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。</p>		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>利用者本人には、利用日の会話の中から思い希望等を把握し、利用者の満足の上昇に繋げるようにされています。</p> <p>家族に対しては送迎時や連絡ノートを使用して、要望、意見等を伺うようにされています。</p> <p>管理栄養士（給食職員）等の食事調査等の対策検討による利用者満足の上昇に加え、家族アンケートを独自で行い満足度の上昇に努める考えがあります。</p>		
<p>Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</p>		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	b
<p><コメント></p> <p>苦情解決責任者、苦情受付担当者第三者委員が設置されています。またデイケア内に意見箱が設置されています。手順に則り月1回確認をし、意見等あれば部署会議等で検討されます。</p> <p>苦情、相談等は都度対応されており、苦情解決の仕組みについては、重要事項説明書に記載し、事業所内に掲示されています。</p>		
35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	b
<p><コメント></p> <p>施設内への相談室（部門）体制や玄関の意見箱設置及びホームページ等での意見・要望等の受付を福祉会法人本部での窓口で適切に受止め、相談や意見の検討及び問い合わせに対する回答を組織的に行なわれています。</p> <p>今後とも施設側から打って出る利用者アンケートや地域のコミュニティセンターなどを通じ、利用者の小さな思いなど積極的な情報収集活動を日頃から行うことで、地域から気軽に相談できる環境が整って来るものと考え、取組みを推進されること期待します。</p>		

36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	b
<p><コメント></p> <p>利用者からの相談や意見は苦情受付担当者が対応されます。</p> <p>相談、意見の内容を記録する手順があり明確に記録されています。</p> <p>対応策等は職員会議で検討され、デイケアで対応できる事であれば速やかに結論を出し全職員に周知されています。</p> <p>事業所内での解決が難しい場合には、書面にて法人本部に報告し、対応を検討されます。</p>		
<p>Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。</p>		
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	b
<p><コメント></p> <p>リスクマニュアルが整備され事故発生時の対応、安全確認のマニュアルは職員に配布されています。</p> <p>施設長がリスクマネジメントの責任者となっています。</p> <p>事故・ヒヤリハット報告書は1ヶ月に1回検討され、事故発生後は要因分析を行い改善策、発生防止策を検討が行われ実施されています。</p> <p>リスクマネジメント委員会は定期的開催されます。会議の報告書は職員に配布され把握されています。</p> <p>リハビリ機器は日々清掃しながら点検を行い、安全に努められています。</p> <p>事故防止対策委員会で機械警備の防犯システムに対応した不審者侵入マニュアルが作成され職員に周知できています。</p>		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>感染症予防対策委員会が設置されており、感染症対策マニュアルは作成されています。</p> <p>年2回学習会を行い看護師から感染症予防について勉強をされる。</p> <p>感染対策として、職員はマスク、手袋使用、手指消毒、うがいを励行し利用者の安全確保に努められています。また、職員のインフルエンザ予防接種や職員が感染した場合の出勤有無の判断基準を整備し運営されています。</p> <p>感染症予防・ノロウイルス対策として、職員にも食後の歯磨きやトイレ後の手洗いの確実な実施等マニュアルに沿った対応が実施されています。</p>		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	b
<p><コメント></p> <p>防災の学習会を開催され、ナーシングセンターひまわり全体で取り組まれています。</p> <p>防災・BCP委員会が設置されており、自然災害発生時の非常事態を想定したマニュアルに沿っての年2回の総合防災訓練（見直し含む）及び防災機器・用品の整備が行われています。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	b
<p><コメント></p> <p>利用者一人ひとりの心身の状態及びデイケア計画に基づき、当日の利用者実態を十分観察しながら、食事・入浴等の日常動作の支援マニュアルに沿って、どの職員に於いても同様に安全な介助サービスが提供できるようにされています。</p>		
41	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	b
<p><コメント></p> <p>状態変化やデイケア計画変更時に評価・見直しを行う仕組みがある。1ヶ月に1回モニタリング、評価が行われています。</p> <p>各種介護支援に関わるマニュアルも見直しされますが、定期的等、時期が定められることを望みます。</p>		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	b
<p><コメント></p> <p>介護支援専門員のアセスメントをもとに、事業独自のアセスメント行い、通所リハビリテーション計画は作成されています。</p> <p>計画内容については、利用者、家族の意向、希望も聞き取り、課題にあげ通所リハビリテーション計画を策定されます。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	b
<p><コメント></p> <p>1ヶ月に1回のモニタリング、見直し、評価が行われます。</p> <p>カンファレンスで計画作成者、係長、担当職員、栄養士、看護師、理学療法士等も参加し1ヶ月に1回のモニタリング、見直し、評価が行われます。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化している。	a
<p><コメント></p> <p>介護ソフトが導入されており、サービス内容個人記録を記入され職員間で共有化されています。</p> <p>記録に差異が生まれない様に記録の勉強会を行い、ケアプランに則った支援経過の実施状況等の記録ができるようになっています。</p>		

45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a
<p><コメント></p> <p>利用者及び家族に個人情報保護の説明が行われ、同意が得られています。</p> <p>職員に対しても個人情報保護の研修が行われており周知されています。</p> <p>組織的に情報保護の研修及び規定を整備した運営がなされています。</p> <p>利用者の個人ファイルを見やすく・分かりやすく整理、整頓（保管・保存・廃棄等）を行い、手順書や報告書データ等の責任者を配置して適切に行なわれています。</p>		

内容評価基準（通所リハビリテーション17項目）

A-1 生活支援の基本と権利擁護

1-（1）生活支援の基本

		第三者評価結果
1	① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	b
<p><コメント></p> <p>利用者一人ひとりの心身の状況や要望等、アセスメントに基づくケアプランに加え、利用者一人ひとりの自立に向けた改善型のプログラム（機能回復・改善や機能低下の防止運動及びタオルたたみや買い物リハビリ等）を理学療法士と介護職が連携を取りながら、通所リハビリテーション計画を策定し支援が行なわれています。</p> <p>利用者一人ひとりの心身の状況に応じた自立支援・改善プログラムの充実に更に取り組むこと期待します。</p>		
2	② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	b
<p><コメント></p> <p>職員が利用者一人ひとりに挨拶や声掛けを心掛けて、コミュニケーションを深める活動が行なわれています。</p> <p>利用者が職員に気軽に話しかけもらうためには、利用者の尊厳を大切に相互の意思疎通を図ることが必要であることから、利用者に配慮した言葉使い（コミュニケーション力の向上）及び対応マナー等、職員個々に対するマナー・接遇研修（年間4回：全職員が参加）に取り組まれています。</p> <p>今後も日常の対応等について、言葉使いや目配り、気配りなどの配慮における施設内での検討会など通じた職員意識の向上に努められることに期待します。</p>		

1 - (2) 権利擁護

3	① 利用者の権利侵害の防止等に関する取り組みが徹底されている。	b
<p><コメント></p> <p>入所時の契約書、重要事項説明書に明記されています。</p> <p>組織的に「身体拘束廃止検討委員会」の設置がされ、指針、規律、各種対応様式等が整備され、各職場での拘束に関する有無の実態確認調査（年間5回）や対策及び身体拘束等、高齢者虐待防止に関する研修等、利用者の尊厳保持等の権利擁護の取り組みが行われています。</p> <p>職員への周知（委員会の模様等）の徹底及び施設内及び家庭等での虐待等の発見（予見含む）した場合のタイムリーな報告・相談・連絡等の手続き等、更なる強化に期待します。</p>		

A-2 環境の整備

2 - (1) 利用者の快適性への配慮

4	① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	b
<p><コメント></p> <p>職員が季節に合わせた適温を設定し過ごされています。温かい日差しが心地よく、安らぎを覚える室内へは、掃除も行き届き清潔感のある空間となっています。</p> <p>ホールは明るく食事、お茶、レクリエーションで利用できた利用者や職員と会話をされ楽しく過ごされます。</p> <p>職員を巻き込んだ環境整備改善の議論を深められて、更に快適な事業所となることに期待します。</p>		

A-3 生活支援

3 - (1) 利用者の状況に応じた支援

5	① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
<p><コメント></p> <p>ケアプランに沿ってケアは実施されています。</p> <p>入浴前に身体状況やバイタルチェック等の状況確認を行い、利用日に入浴支援が行なわれています。</p> <p>個浴が基本となっており、身体状況に応じてリフト浴も利用できます。リフト浴が難しい方は併設老人保健施設の機械浴を利用して頂かれます。</p> <p>入浴拒否があった方は入浴が行えるよう話を聞きながら職員の交代等を行い入浴対応されます。</p> <p>羞恥心に配慮されており、暖簾やカーテンでの仕切りで工夫が行われています。また、同性介助にも対応をされています。</p>		

6	② 排泄介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
<p><コメント></p> <p>ケアプランに沿ってケアを行うようにされています。</p> <p>アセスメントや利用初期の観察により、利用者の排泄パターンを把握され排泄表や個人マニュアルを使用しおむつ交換、トイレの声掛け、誘導が行われています。</p> <p>排泄の時は、羞恥心に配慮された工夫がなされています。見守りや一部介助、認知症の方はズボンの上げ下ろしの支援も行われています。</p> <p>尿量や便の状態等観察され記録をされています。衣類の汚染の時は声掛けを行い、不穏にならないよう気を付けながら更衣をして頂かれます。</p>		

7	③ 移動支援を利用者の状況に合わせて行っている。	b
<p><コメント></p> <p>ケアプラン、に沿ってケアを行うようにされています。</p> <p>理学療法士が策定したリハビリ計画に従い、身体状況にあわせて見守り、声掛け、歩行器、車椅子を利用されます。移動の時は利用者の安全に配慮されます。</p> <p>家での移動方法の相談があった時は、ケアマネジャーに、理学療法士より報告相談されます。</p> <p>移動は、出来るだけ自分の力で歩いて移動されるよう助言する等、利用者の心身状態や意識の自立化（自立支援改善型プラン等によるリハビリ、運動及び利用者が意識した取組み目標を設定等）に向けた改善の取組みに期待します。</p>		

3-（2） 食生活

8	① 食事をおいしく食べられるよう工夫をしている。	b
<p><コメント></p> <p>ケアプランに沿ってケアを行うようにされています。</p> <p>食事前に口腔体操を行い誤嚥対策が行なわれています。</p> <p>食事は利用者のペースに合わせてゆっくり食事を摂って頂きます。</p> <p>身体状況により食事形態が変更となる場合は家族、利用者、ケアマネジャーや栄養士、担当職員等で相談されます。</p> <p>衛生管理のマニュアル等が整備され、安全な食材や調理及び食器類の清潔な処理による感染対策等及び利用者の食事前の手洗いの励行など安全意識を強く持ち組織的に取組まれています。</p> <p>栄養士が、定期的に利用者への食事メニュー等のモニタリングを行い、献立計画に取り入れ工夫されています。また、行事食や季節料理等も工夫されています。</p>		

9	② 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
<p><コメント></p> <p>ケアプランに沿ってケアを行うようにされています。</p> <p>栄養ケア計画、個人マニュアル、食事、水分マニュアル、緊急時マニュアルがあり記録や対応ができます。昼食前に口腔体操を行い摂食、嚥下機能・構音機能低下を予防することができ口腔機能の向上を図られています。栄養士による毎月栄養カンファレンスが行われ利用に則した対応を検討されます。利用者の状態に合わせてソフト食やキザミ、トロミを使用し誤嚥を防ぎ摂取されるよう支援を行う事ができます。</p> <p>食事形態の変更がある時は家族に相談、報告し支援されます。</p> <p>水分量の少ない方や食事摂取の少ない方は連絡ノートや送り時に家族に口答でも話されず。食事摂取の少ない方は係長や看護師、栄養士に相談されます。</p>		

10	③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b
<p><コメント></p> <p>ケアプラン、に沿ってケアを行うようにされています。</p> <p>口腔ケアはアセスメントに則り、理学療法士に相談されながら行われます。</p> <p>歯磨きは利用者全員行われます。一人では難しい方は職員が介助されます。</p> <p>職員はアセスメントから利用者の歯や口腔状態を把握されており状況に応じた口腔ケアを行います。</p>		

3-(3) 褥そう発生予防・ケア

11	① 褥そう発生予防・ケア発生予防・ケアを行っている。	b
<p><コメント></p> <p>ケアプランに沿って支援されています。</p> <p>褥瘡は改善されています。利用時間にトイレや入浴時に仙骨部、尾骨部、大転子部等に発赤がないか観察されています。</p> <p>長時間椅子や車椅子に座っていることが無いよう褥そう発生予防に努められています。</p> <p>褥瘡ができた際には、老健看護師が対応されます。</p> <p>職員は、法人の褥そう発生予防・ケアの研修や学習会に参加し理解し周知されています。</p>		

3-(4) 介護職員による喀痰吸引・経管栄養

12	① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	b
<p><コメント></p> <p>喀痰吸引を実施される利用者は現在おられません。</p> <p>介護福祉士で喀痰吸引ができる資格取得者もおられますが、登録はされていません。</p> <p>必要な利用者が居られる場合には、老健看護師が対応されます。</p>		

3-（5）機能訓練・介護予防

13	① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>ケアプランに沿ってケアを行うようにされています。</p> <p>機能訓練計画により時間を決めて行われています。月1回モニタリング・評価を行いケアマネに報告されています。理学療法士と機能訓練等について勉強会を行われ利用者の機能訓練や介護予防活動について助言、指導を得られています。</p>		

3-（6）認知症ケア

14	① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b
<p><コメント></p> <p>ケアプランに沿ってケアを行うようにされています。</p> <p>認知症研修、学習会の参加は職員は業務のため参加が少ない。係長が参加され伝達講習が行われます。</p> <p>認知症の症状を進行させない・症状を穏やかにすることからタオルたたみ、エプロンたたみ等やレクリエーション参加、会話を多く持つ等支援し日々の行動等観察し記録をされています。</p> <p>会議やカンファレンスで認知症の支援方法を話し合い支援をされています。</p>		

3-（7）急変時の対応

15	① 利用者の体調変化に、迅速に対応するための手順を確立し、取り組みを行っている。	b
<p><コメント></p> <p>利用者の体調変化時の家族連絡先は、アセスメント時に必ず明記され、迅速な対応が行われています。</p> <p>健康管理（服薬は本人管理）や記録等を手順に沿った取り組みが行われています。</p> <p>利用者の体調変化時は、医師、看護師及び介護支援専門員へ伝達され、体調変化の症状に応じた対応及び家族及び緊急時の医療機関への連絡等の手順が明確にされた取り組みとなっています。</p> <p>緊急時に職員が慌てないために、事故対応マニュアル、急変時マニュアルが整備されています。急変時のフローチャートは職員が見える場所にあり対応ができています。</p> <p>定期的に救急救命研修も行われ、心肺蘇生法、AEDの使用方法など研修も行われています。</p> <p>職員全体が新知識や緊急時の迅速な対応が自信を持って出来る取り組みをされ、利用者にとって更に安心・安全の施設としての運営に期待します。</p>		

3-（8）終末期の対応

16	① 利用者が終末期を迎えた迎えた場合の対応の手順を確立し、取り組みを行っている。	評価外
<p><コメント></p> <p>デイケアのため終末期の支援はありません。終末期マニュアルは作成されていますが、終末期の指針は作成されていません。</p>		

A-4 家族との連携

4-（1）家族等との連携

17	① 利用者の家族との連携と支援を適切に行っている。	b
<p><コメント></p> <p>利用者、家族とケアプランの説明時、変化が起きたときの連絡、連絡ノート、利用日の送迎時に家族が在宅時には利用の様子を口答で説明されています。</p> <p>今後も定期のモニタリング時に家族からの相談などに対する適切なアドバイスや家族からの要望に沿ったケアプラン、通所リハビリテーション計画の適切な取組みを通じて、更なる信頼された事業所なられることに期待します。</p>		