

千葉県福祉サービス第三者評価の評価結果
(訪問介護)(訪問リハビリテーションにも使用)

1 評価機関

名 称	特定非営利活動法人 ACOBA
所 在 地	我孫子市本町3-7-10
評価実施期間	平成29年8月1日~平成29年11月10日

2 受審事業者情報

(1) 基本情報

名 称 (フリガナ)	介護老人保健施設 なのはな館 みさき 訪問リハビリテーション かほののなかん みさき 訪問リハビリテーション		
所 在 地	〒294-0303 千葉県館山市浜田110-1		
交通手段	館山駅からJRバス洲崎線新宿学園前下車 徒歩2分		
電 話	0470-29-2700	FAX	0470-29-2777
ホームページ	nanohanakan@Keishokai.or.jp		
経 営 法 人	医療法人社団 慶勝会		
開設年月日	平成9年10月24日		
介護保険事業所番号	1253680014	指定年月日	平成27年4月1日
併設しているサービス	介護老人保健施設・通所リハビリテーション 短期入所療養介護		

(2) サービス内容

対象地域	館山市・南房総市
利用日	月曜日~金曜日
利用時間	8:30~17:30
休 日	土曜日・日曜日・祝日

(3) 職員(スタッフ)体制

職 員	常勤職員	非常勤、その他	合 計	備 考
	3		3	
職種別従業者数	理学療法士	作業療法士	事務員	
		2	1	
訪問介護員が 有している資格	介護福祉士	訪問介護員1級	訪問介護員2級	
	訪問介護員3級			

(4) サービス利用のための情報

利用申込方法	直接来館もしくはお電話でお問い合わせください。	
申請窓口開設時間	年中無休（8：30～17：30）	
申請時注意事項	介護保険証をお持ちください。	
苦情対応	窓口設置	あり
	第三者委員の設置	なし

3 事業者から利用（希望）者の皆様へ

サービス方針	<p>【理念】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・私たちは常に思いやりの心を持ち患者様、利用者様に信頼されるサービスを提供いたします。 ・私たちは人々の生命の尊厳に対する希求、健康への願いに対して地域社会に信頼されるように努めます。 ・私たちはお互いに尊敬と強調の心を持ち職員相互が信頼し合える組織を目指します。 <p>【基本方針】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、医療・介護サービスの質の向上と確保 2、健全経営のための努力 3、組織的な運営体制の整備と業務の実践 4、教育、研修の充実
特 徴	<p>看護、医学的管理の下での介護や機能訓練、必要な医療と日常生活援助を提供しております。一日でも早く家庭での生活に戻ることができるようにする事。また、在宅での生活が一日でも長く続けられるよう在宅ケアを支援致します。</p>
利用（希望）者へのPR	<ul style="list-style-type: none"> ・同法人で有床診療所を近隣に開設しており、医療面においてのフォローアップ、緊急対応が可能です。 ・重度療養が必要な利用者（ドレーン留置・経管栄養・あくせいしゅようによる疼痛、体調管理が必要な方）が在宅で困る事のないよう支援致します。 ・理事長が認知症専門医である事から、開設当初より認知症の理解、ケアに関して職員のスキルアップに力を入れ取り組んでいます。 ・同グループにグループホーム・デイホーム・デイサービス・訪問看護の事業所を開設しております。各事業所間での連絡を密にとり利用者・ご家族のニーズや状況に応じ適切な支援が得られるようご相談を受け対応しております。

福祉サービス第三者評価総合コメント

特に力を入れて取り組んでいること
1. 利用者視点でサービスの改善に取り組む真摯な姿勢
<p>当「なのはな館訪問リハビリテーション」は、館山市で医療と介護を総合的に展開する赤門ヘルスケアグループ「介護老人保健施設なのはな館」の提供するサービスの一つとして、入所・短期入所・通所リハに続く4番目のサービスとして、平成21年度に開設した事業である。赤門ヘルスケアグループでは利用者の状況に応じて切れ目ないサービスを提供している。当訪問リハでは自宅復帰後、老健で馴染みの経験豊富な職員により、本人のADLの改善を支援するだけでなく、家族の相談に気軽に対応し、家族の心身の負荷軽減にも努めている。</p> <p>なのはな館では中長期事業計画に「利用者視点でのサービスの改善」を取り上げてサービスの改善に努めており、今回実施した訪問リハの利用者アンケートでも高い満足度評価を得ている。</p>
2. 地域ニーズに対応した訪問リハビリ体制の充実
<p>館山市と南房総市は併せて人口9万人弱で人口減少が続く地域である。高齢化も39.3%と高く、地元で暮らす多くの高齢者は医療・介護・リハビリ等に対する支援を求めている。しかし専門性を求められるリハビリの事業所は少なく、また海岸線、山間部も多く、効率的な訪問が困難な地域である。このような地域事情に対応して昨年度に「グループの訪問看護ステーション」と、「なのはな館のリハビリ事業」の再編成を行ない、広域に訪問が出来る体制を作り上げた。この1年間利用者が大幅に増加する中でも十分な対応が可能となり、地域における在宅での利用者支援を大きく改善した。</p>
3. 専門性と使命感を持った職員の育成による質の高い支援の提供
<p>リハビリ職員の採用が困難な中で職員研修を計画的に実施する等、指導育成に積極的に取り組み、専門性と経験を積んだ職員を育てている。特に訪問リハビリでは「なのはな館」での4年以上の経験を持つ作業療法士、理学療法士職員を派遣して、「自宅で自分らしい暮らしを継続出来るように支援」を行い、利用者・家族から信頼と感謝を得ている。</p>
さらに取り組みが望まれるところ
1. 訪問リハビリテーションのマニュアル整備
<p>現在居宅サービス計画書に添った個別機能訓練の計画書も作成され、訪問リハビリ後の情報は電子媒体に記録され、独居の方にはノートを用意し記録も残すなど適切なサービスが提供されている。今後訪問リハビリの需要増に伴い、関係する職員数も増えることが予想される。通所リハビリと同様の総合的な訪問リハビリのマニュアルと身体状況に応じた個々のリハビリマニュアルを整備し、誰が対応しても均質なサービスが提供できるように備えていただくことを期待したい。</p>
(評価を受けて、受審事業者の取り組み)
<ul style="list-style-type: none">・リハビリに関する専門的知識・技術に加え接遇、コミュニケーション能力等のスキルアップに努め、利用者が1日でも長く在宅生活が送れるようリハビリ支援に努めていきます。・ご家族が安心して在宅生活・支援が送れるよう知識・技術・精神面へのサポートに努めていきます。・地域に密着し、予防リハビリ指導等積極的に参加し利用者様が困ることなくさまざまなサービスを受けることができるよう説明する場面を作っていきます。・利用者満足度調査を定期的実施し、「訪問リハビリテーションを受けてよかった」「身体機能の向上につながった」「在宅生活が向上した」と思ってもらえるよう常に支援方法を改善し満足のいくサービスにつなげていきます。(利用者・ご家族の正しい意見が聞ける調査内容・方法を考えます)・訪問リハビリを実施するに当たり安全な移動が行えるよう交通指導を徹底していきます。

福祉サービス第三者評価項目（訪問介護）の評価結果*訪問リハビリにも使用する。

大項目	中項目	小項目	項目	標準項目			
				■実施数	□未実施数	非該当	
I	福祉サービスの基本方針と組織運営	1 理念・基本方針	1 理念や基本方針が明文化されている。	3	0		
			2 理念や基本方針が職員に周知・理解されている。	3	0		
			3 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	2	0		
		2 計画の策定	事業計画と重要課題の明確化 計画の適正な策定	4 事業計画が作成され、達成のための重要課題が明確化されている。	4	0	
				5 施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが話し合う仕組みがある。	3	0	
		3 管理者の責任とリーダーシップ	管理者のリーダーシップ	6 理念の実現や質の向上、職員の働き甲斐等の取り組みに指導力を発揮している。	5	0	
		4 人材の確保・養成	人事管理体制の整備	7 施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。	3	0	
				8 人事方針を策定し、人事を計画的・組織的に行い、職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。	4	0	
			職員の就業への配慮	9 事業所の就業関係の改善課題について、職員（委託業者を含む）などの現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みがある。また、福利厚生に積極的に取り組んでいる。	4	0	
			職員の質の向上への体制整備	10 職員の教育・研修に関する基本方針が明示され、研修計画を立て人材育成に取り組んでいる。	5	0	
II	適切な福祉サービスの実施	1 利用者本位の福祉サービス	11 事業所の全職員を対象とした権利擁護に関する研修を行い、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している。	6	0		
			12 個人情報保護に関する規定を公表し徹底を図っている。	4	0		
			13 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取り組んでいる。	4	0		
			14 苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。	4	0		
		2 サービスの質の確保	サービスの質の向上への取り組み	15 サービス内容について定期的に評価を行い、改善すべき課題を発見し実行している。	2	0	
			サービスの標準化	16 事業所業務のマニュアル等を作成し、また日常のサービス改善を踏まえてマニュアルの見直しを行っている。	4	0	
		3 サービスの利用開始	サービスの利用開始	17 サービスの開始に当たり、利用者等に説明し、同意を得ている。	3	0	
		4 個別支援計画の策定	個別支援計画の策定・見直し	18 一人一人のニーズを把握して個別の支援計画を策定している。	4	0	
				19 個別支援計画の内容が常に適切であるかの評価・見直しを実施している。	5	0	
				20 利用者の状態変化などサービス提供に必要な情報が、口頭や記録を通して職員間に伝達される仕組みがある。	4	0	
		5 実施サービスの質	項目別実施サービスの質	21 入浴、排泄、食事介助の質の確保に取り組んでいる。	4	0	
				22 移動の介助及び外出支援に関する質の確保に取り組んでいる。	4	0	
				23 家事等の生活の援助の質の確保に取り組んでいる。 【訪問リハビリテーションの為に実施せず・非該当】	*	*	4
				24 認知症の利用者に対するサービスの質の確保に取り組んでいる。	3	0	
25 サービス提供が利用者や家族にとって安心・快適なものとなるようにしている。	5			0			
26 安定的で継続的なサービスを提供している。	5			0			
6 安全管理	利用者の安全確保	27 感染症発生時の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	4	0			
		28 事故や非常災害発生時など利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。	3	0			
計				104	0	4	

項目別評価コメント

標準項目 整備や実行が記録等で確認できる。 確認できない。非該当。

評価項目	標準項目
1 理念や基本方針が明文化されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 理念・方針が文書(事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等)に記載されている。 ■ 理念・方針から、法人が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。 ■ 理念・方針には、法の趣旨や人権擁護、自立支援の精神が盛り込まれている。
<p>(評価コメント)</p> <p>経営母体の医療法人社団慶勝会は3つの基本理念、4つの基本方針、「私たちに、できること」「私たちの誓い」に則った運営方針を定め、医療と福祉の緊密な連携で、質の高いサービスを提供している。介護老人保健施設なのはな館みさき(以下当館)は、法人の理念・方針及び、年度の法人目標に沿って毎年度の運営方針や年度目標を設定している。さらにリハビリを含めた9部署毎に年度目標をたて、その達成に取り組んでいる。法人の理念・方針は法人の文書やパンフレット等に記載されている。</p>	
2 理念や基本方針が職員に周知・理解されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 理念・方針を事業所内の誰もが見やすい箇所に掲示し、職員配布文書に記載している。 ■ 理念・方針を会議や研修において取り上げ職員と話し合い共有化を図っている。 ■ 理念・方針の実践を日常の会議等で話し合い実行面の反省をしている。
<p>(評価コメント)</p> <p>法人の運営方針・当館運営方針及び年間目標を各部署に掲示し全職員がいつでも確認できるようにしている。法人及び当館の理念や基本方針が達成できるように、運営会議・管理者会議で毎月検討し、職員とは職場会議等で話し合い、共有化している。さらに当館は職員毎に個人目標を設定させ、年度末に評価を行う目標管理を実施して、理念や方針の周知に努めている。</p>	
3 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 契約時等に理念・方針が理解し易い資料を作成し、分かり易い説明をしている。 ■ 理念・方針の実践面を広報誌や手紙、日常会話などで日常的に伝えている。
<p>(評価コメント)</p> <p>法人の理念・方針はホームページ、パンフレット、年間3回発行の広報紙「赤門だより」に掲載し関係者への周知に努めている。「赤門だより」は「医療と介護で地域に根差す赤門ヘルスケアグループの広報紙」として、グループの各事業の取り組みや地域福祉情報などをビジュアルに編集した冊子であり、当館の方針や実践状況も随時報じられている。利用開始にあたっては、重要事項説明書で理念や基本方針を利用者や家族へ具体的に説明している。</p>	
4 事業計画が作成され、達成のための重要課題が明確化されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 事業計画は中長期的視点を踏まえて、具体的に計画されている。 ■ 理念・基本方針より重要課題が明確にされている。 ■ 事業環境の分析から重要課題が明確にされている。 ■ 現状の反省から重要課題が明確にされている。
<p>(評価コメント)</p> <p>法人の中期事業計画(29年度～33年度)に基づき、当館としての事業計画及び9部署(DC・2～4階・なぎさ・支援課・リハビリ・栄養課・事務)ごとの年度目標が、前年度末の評価と見直しを基に、今年度目標として設定され、運営会議・各種会議を通じて職員へ周知されている。重要課題の見直しや修正が必要な場合は毎月開催される当館管理者会議にて検討し、修正され、その結果は電子媒体の会議録回覧を通じて職員へ通知し、周知されている。</p>	
5 施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが話し合う仕組みがある。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 各計画の策定に当たっては、現場の状況を把握し、職員と幹部職員が話し合う仕組みがある。 ■ 年度終了時はもとより、年度途中にあっても、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。 ■ 一連の過程が、全ての職員に周知され、一部の職員だけで行われていない。
<p>(評価コメント)</p> <p>当館の各部署ごとの定期的ミーティングで、計画の実施状況や課題を確認して、その結果をリーダー・管理者会議で総合評価を行い、必要があれば当初計画の修正を行なうなど、幹部職員と職員で話し合い決定する仕組みとなっている。その結果は、電子媒体の会議録で全職員がいつでも回覧できる。</p>	
6 理念の実現や質の向上、職員の働き甲斐等の取り組みに指導力を発揮している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 管理者は、理念・方針の実現、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な方針を明示して指導力を発揮している。 ■ 運営に関する職員、利用者、家族、地域の関係機関の意見を把握して方針を立てている。 ■ 職員の意見を尊重し、創意・工夫が生まれやすい職場作りをしている。 ■ 知識・技術の向上を計画的に進め職員の意欲や自信を育てている。 ■ 職場の人間関係が良好か把握し、必要に応じて助言・教育を行っている。
<p>(評価コメント)</p> <p>目標管理制度に基づく、人事考課を実施して。年2回管理者面接を行い、職員の目標達成への取り組みを援助して、意欲・自信・自主性を高めさせている。同時に、職場における人間関係を把握し、都度指導している。職員の能力を高めるために、必要となる外部研修・内部研修、講演会、資格取得等に自主的に参加できるよう配慮、支援している。特にリハビリ部門では、リハビリやセラピストなど専門分野の外部研修への積極的参加を促している。</p>	

7	施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 倫理規程があり、職員に配布されている。 ■ 従業者を対象とした、倫理及び法令遵守に関する研修を実施し、周知を図っている。 ■ 倫理(個人の尊厳)を周知を図るための日常的な取り組みが確認できる。
<p>(評価コメント)</p> <p>入職時に、倫理を含めた規定集を配布する他、新人研修で規定集の内容説明を行い、周知徹底している。規定集等は法人メール(電子媒体)でいつでも確認でき、職員の理解を促している。接遇や倫理については、随時会議や職員研修で説明し理解を徹底している。特に利用者と触れ合う機会が多い訪問リハビリテーション担当職員については、個人情報保護や利用者訪問時などの服装や諸注意等について周知している。</p>		
8	人事方針を策定し、人事を計画的・組織的に行い、職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 人事方針が明文化されている。 ■ 職務権限規定等を作成し、従業者の役割と権限を明確にしている。 ■ 評価基準を職員に明確に示すことや、結果の職員へのフィードバック等の具体的な方策によって客観性や透明性の確保が図られている。 ■ 評価が公平に行われるように工夫している。
<p>(評価コメント)</p> <p>規定集に人事・職務権限が明文化されている。人事考課では評価基準が明確化され、等級別給与や資格給も整備されている。評価の結果は面接の際に職員へ具体的内容をフィードバックして、評価点も把握できるようにしている。評価については、一次・二次考課、最終は管理本部で決定するなど、公平な評価が行われる仕組みとなっている。リハビリ部署の第一次評価者は副主任である。</p>		
9	事業所の就業関係の改善課題について、スタッフ(委託業者を含む)などの現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みがある。また、福利厚生に積極的に取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 担当者や担当部署等を設置し職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを、定期的にチェックしている ■ 把握した問題点に対して、人材や人員体制に関する具体的な改善計画を立て実行している。 ■ 定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。 ■ 職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生事業を実施している。
<p>(評価コメント)</p> <p>法人及び管理者は有給休暇や時間外労働の毎月のデータを確認し、職員の勤務状況を把握している。時間外労働が多い職員、職場に関しては業務内容を分析して、改善対策を施している。職員の意見や要望は年2回の個人面接の他に、いつでも相談に応じる旨、職員へ説明している。職員の表情や態度・行動に異常を感じた際はすぐに声をかけ話し合っている。その他に年1回法人本部が直接全職員に対して労働アンケートを実施し、職員の要望・意見を把握しており、福利厚生改善にも繋がっている。</p>		
10	職員の教育・研修に関する基本方針が明示され、研修計画を立て人材育成に取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> ■ キャリアアップ計画など中長期の人材育成計画がある。 ■ 職種別、役割別に期待能力基準を明示している。 ■ 研修計画を立て実施し必要に応じて見直している。 ■ 個別育成目標を明確にしている。 ■ OJTの仕組みを明確にしている。
<p>(評価コメント)</p> <p>法人は目標管理制度を導入して、職員のキャリアアップを支援し、人材育成に取り組んでいる。個人別効果シートにより職員のレベルに応じて期待能力基準を明示し、個人面接等を通じて支援している。研修計画は、法人全体計画と当館の年間計画を立て、参加希望者の勤務時間等を調整する等、参加に配慮している。外部研修も全職員に対して情報を提供し、自主的参加を支援している。訪問リハビリについての勉強会や研修会が少ないので、地域での交流会、外部研修会参加を積極的に応援している。</p>		
11	事業所の全職員を対象とした権利擁護に関する研修を行い、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 憲法、社会福祉法、介護保険法等など法の基本理念の研修をしている。 ■ 日常の支援では、個人の意思を尊重している。 ■ 職員の不適切な言動、放任、虐待、無視などが行われることの無いように、職員が相互に振り返り組織的に対策を立て対応している。 ■ 虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている。 ■ 日常の支援では利用者のプライバシーに配慮した支援をしている。 ■ 利用者の羞恥心に配慮した支援をしている。
<p>(評価コメント)</p> <p>接遇委員会・事故防止委員会で虐待や職員の言動に関するマニュアルを作成するとともに、研修会(内部・外部)で教育を実施して、権利擁護の重要性を職員に徹底し、職員の不適切な対応の予防に努めている。当館では過去虐待を受けていた利用者の緊急措置入所を受け入れ対応した実績がある。訪問リハビリは、直接利用者を訪問することから、特に個人情報保護、虐待発見時の対応、利用者のプライバシー保護、羞恥心に配慮した支援を行うように、会議等で全職員で話し合っている。</p>		
12	個人情報保護に関する規定を公表し徹底を図っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 個人情報の保護に関する方針をホームページ、パンフレット等に掲載し、また事業所内に掲示し周知を図っている。 ■ 個人情報の利用目的を明示している。 ■ 利用者等の求めに応じて、サービス提供記録を開示することを明示している。 ■ 職員(実習生、ボランティア含む)に対して研修等により周知を図っている。
<p>(評価コメント)</p> <p>個人情報の保護に関する方針及び利用目的、開示条件等はホームページに掲載、施設内に掲示し、重要事項説明書でも説明されている。法人全職員のみならず、研修生・ボランティア等に対しても説明を行い、守秘義務を徹底している。当館では過去、介護記録の開示を求められ、入所してから毎週1週間分の記録を印刷し開示した例があるが、現在は開示を求められている利用者はいない。</p>		

13	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者満足を把握し改善する仕組みがある。 ■把握した問題点の改善策を立て迅速に実行している。 ■利用者・家族が要望・苦情が言いやすい環境を整備している。 ■利用者又はその家族等との相談の場所及び相談対応日の記録がある。
<p>(評価コメント)</p> <p>不定期ではあるが当館全体として、利用者満足度調査を行い、利用者の希望するレクリエーションや行事などアンケートを実施し運営に反映している。訪問リハビリの利用者については、職員の訪問時に意見や要望を伺い、リハビリ関係職員で共有し、改善必要であれば対応している。なお今回の訪問リハビリ利用者の第三者評価のアンケート結果や意見を参考にして改善に取り組む予定である。</p>		
14	苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。	<ul style="list-style-type: none"> ■重要事項を記した文書等利用者等に交付する文書に、相談、苦情等対応窓口及び担当者が明記され、説明のうえ周知を図っている。 ■相談、苦情等対応に関するマニュアル等がある。 ■相談、苦情等対応に関する記録があり、問題点の改善を組織的に実行している。 ■苦情等対応結果は、利用者又はその家族等に対して説明し理解を求めている。
<p>(評価コメント)</p> <p>苦情対応マニュアルは事故対策委員会で作成される。苦情窓口の担当職員は法人主催の内部研修会や外部研修にも参加している。ご意見箱(苦情ボックスも兼ねる)の設置もしているが、要望・苦情は殆どない。利用者、家族からの要望、希望には何時でも対応し、コミュニケーションを図っている。重要事項説明書に相談・苦情窓口、担当者を明記し、契約時には説明している。</p>		
15	サービス内容について定期的に評価を行い、改善すべき課題を発見し実行している。	<ul style="list-style-type: none"> ■事業所全体としてサービスの質や介護方法を検討する会議があり、改善計画を立て実行している記録がある。 ■事業所全体としてサービス内容を検討する会議の設置規程等又は会議録がある。
<p>(評価コメント)</p> <p>フロアミーティング、看護ミーティング、管理者ミーティング等の他、訪問リハビリの担当者は毎朝のミーティングとリハビリ職員全員が出席する月一回のリハビリ会議で情報を共有している。検討された課題については、全て電子媒体に記録され、職員全員で閲覧している。特に独居の利用者にはノートを用意して自宅に記録を残し、家族と同居の方には都度説明し、サービス内容に理解を頂いている。</p>		
16	事業所業務のマニュアル等を作成し、また日常のサービス改善を踏まえてマニュアルの見直しを行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■業務の基本や手順が明確になっている。 ■分からないときや新人育成など必要に応じてマニュアルを活用している。 ■マニュアル見直しを定期的に行っている。 ■マニュアル作成・見直しは職員の参画のもとに行われている。
<p>(評価コメント)</p> <p>介護手順・看護マニュアル・身だしなみマニュアル等が作成され、業務全般の基本や手順の確認にも活用されている。マニュアルは教育各委員会に所属している職員で定期的に見直し・修正を行っている。</p>		
17	サービスの開始に当たり、利用者等に説明し、同意を得ている。	<ul style="list-style-type: none"> ■サービス提供内容、重要事項等を分かり易く説明している。 ■サービス提供内容や利用者負担金等について利用者の同意を得ている。 ■利用者ニーズに対応して分かりやすい資料となるように工夫している。
<p>(評価コメント)</p> <p>重要事項説明書を用い、サービス内容及び利用料金の説明を行い説明を行った後、契約を行っている。初回は担当者が訪問アセスメントも行い、利用者、家族のニーズの把握も行い、サービス開始に当たり同意を得ている。</p>		
18	一人一人のニーズを把握して個別の支援計画を策定している。	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者及びその家族等の意向、利用者等の心身状況、生活環境等が把握され記録されている。 ■利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きや様式を工夫し記録している。 ■当該サービス計画は、関係職員が連携し、多角的な視点により検討が行われている。 ■計画は利用者や家族等に説明し同意を得ている。
<p>(評価コメント)</p> <p>利用者・ご家族の意向・ニーズを確認し、介護支援専門員・訪問リハビリ担当者等でサービス担当者会議を開催。担当者は利用者のリハビリの進行状況や課題を把握している。ケアプラン内容の目標等について関係職員とも連携し検討している。独居の方にはノートで記録を残し、同居の方には訪問時に説明し、理解を得ている。</p>		
19	個別支援計画の内容が常に適切であるかの評価・見直しを実施している。	<ul style="list-style-type: none"> ■当該サービス計画の見直しの時期を明示している。 ■サービス担当者会議に出席し関係者の意見を参考にしている。 ■急変など緊急見直し時の手順を明示している。 ■居宅サービス計画(介護予防サービス計画)の変更について、介護支援専門員(介護予防支援事業所等)との密接な連携に努めている。 ■居宅介護支援事業所と定期的に連絡を取り合い、利用者情報を共有化している。
<p>(評価コメント)</p> <p>サービス担当者会議は必要時に開催し、居宅介護支援事業所とは連絡を取り合い、利用者、家族の状態等、毎月居宅介護支援事業所に報告し、情報を共有している。利用者の特記事項は赤字で記入し、職員間で把握できるよう連携し、得た情報はすべて記録に残している。</p>		

20	利用者の状態変化などサービス提供に必要な情報が、口頭や記録を通して職員間に伝達される仕組みがある。	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者一人ひとりに関する情報を記録する仕組みがある。 ■サービス提供責任者及び担当訪問介護員が情報共有している。 ■利用者の状況に変化があった場合には情報共有する仕組みを定め実施している。 ■サービス計画の実践に向け、具体的な内容の工夫が見られる。
<p>(評価コメント)</p> <p>利用者情報に関する書類は全て電子媒体で確認できるようになっている。身体状況の変化や特記事項は赤字で記入され、画面トップに抽出され、職員全員が回覧している。利用者の個々の身体状況に応じた長期目標、短期目標の他、具体的な目標に添って訪問リハビリが行われ、利用者のニーズに応えている。</p>		
21	入浴、排泄、食事介助の質の確保に取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> ■入浴、清拭及び整容、排せつ、食事介助についての記載があるマニュアル等整備している。 ■マニュアルは介護職員の参画により、定期的に見直している。 ■計画は利用者の意思や状態を反映し主体的に行える計画となっている。 ■当該サービスに係る計画の実施状況が把握され、必要な改善が実施されている。
<p>(評価コメント)</p> <p>入浴、排泄、食事介助等の方法も、情報共有できるよう顔写真入りのフェイスシートへ記載されている。介護援助については、マニュアルを作成し、手順・根拠を記している。教育委員会で適宜見直し・修正を行っている。</p>		
22	移動の介助及び外出支援に関する質の確保に取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> ■移乗・移動介助及び通院・外出介助についての記載があるマニュアル等整備している。 ■マニュアルは介護職員の参画により、定期的に見直している。 ■計画は利用者の意思や状態を反映し主体的に行える計画となっている。 ■当該サービスに係る計画の実施状況が把握され、必要な改善が実施されている。
<p>(評価コメント)</p> <p>移乗・移動介助・外出介助についてのマニュアルが整備され、必要に応じて見直しも行われている。自宅での生活が安心、安全に行えるようニーズに応じた、利用者主体のリハビリを行っている。その日の身体状況に応じてリハビリの内容も臨機応変に対応し、定期的リハビリの内容も見直している。</p>		
23	家事等の生活の援助の質の確保に取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>生活援助についての記載があるマニュアル等整備している。 <input type="checkbox"/>マニュアルは介護職員の参画により、定期的に見直している。 <input type="checkbox"/>計画は利用者の意思や状態を反映し主体的に行える計画となっている。 <input type="checkbox"/>当該サービスに係る計画の実施状況が把握され、必要な改善が実施されている。
<p>(評価コメント)</p> <p>訪問リハビリの為、家事・生活援助は実施されていない。(非該当とする)</p>		
24	認知症の利用者に対するサービスの質の確保に取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> ■従業者に対する認知症及び認知症ケアに関する研修を実施している。 ■認知症の利用者への対応及び認知症ケアに関するマニュアル等が整備されている。 ■「その人らしく」生活できるように個別サービス計画に工夫が見られる。
<p>(評価コメント)</p> <p>当法人の理事長は認知症専門医でもあり、高齢化の進む館山・南房総地区での医療や福祉における認知症ケアに積極的に取り組んでいる。認知症・認知症ケアに関するマニュアルが整備され、研修は法人内で定期的開催し、利用者の状態・症状を組み込んだサービス内容でケアを行っている。自宅での穏やかな生活がその人らしく継続出来るよう、個々のADL維持向上に応じた目標でリハビリに臨んでいる。</p>		
25	サービス提供が利用者や家族にとって安心・快適なものとなるようにしている。	<ul style="list-style-type: none"> ■訪問リハビリ職員に対して、利用者や家族への接遇・マナーの向上を図る取り組みを実施している。 ■訪問した際、利用者の状態や環境に変化がないか確認し、変化のある場合の対応体制を整え、必要に応じて関係機関と連絡をとるなどの対応をしている。 ■利用者から援助内容に関して新たな要望や変更があった場合の対応方法を明確にしている。 ■金銭の扱いに関して、事業者として基本的な方針を明示している。 ■鍵の扱いに関して、事業者として基本的な方針を明示している。
<p>(評価コメント)</p> <p>接遇委員会で身だしなみ・マナー・対応方法・のマニュアルを作成し定期的に施設内外での勉強会へ参加しサービス向上を図っている。リハビリ内容の変更時は随時リハビリ計画書の修正を行い実施している。金銭に関しては基本的には取り扱わないを徹底している。鍵の扱いマニュアルは作成されているが、鍵管理が必要な対象者は現在はいない。</p>		

26	安定的で継続的なサービスを提供している。	<ul style="list-style-type: none"> ■訪問リハビリ職員のコーディネートは利用者の特性やサービス内容など配慮している。 ■訪問リハビリ職員が訪問できなくなった場合に代替要員を確保している。 ■訪問リハビリ職員が変更になる場合は、決められたルールに従って利用者に事前に連絡している。 ■訪問リハビリ職員が替わるときには、前任者が同行するなど引き継ぎをしている。 ■訪問リハビリ職員の変更後、利用者に負担がないか確認をしている。
<p>(評価コメント)</p> <p>利用者の要望に合った職員配置を実施。急な予定、変更に関してもリハビリチーム内で利用者へのサービスが滞らないよう担当者のローテーションシステムを取っている。担当者が変更になる時は事前に利用者・家族へ説明を行い理解していただき、利用者には負担がないことを心掛けている。</p>		
27	感染症発生時の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延の防止に関するマニュアル等を整備している。 ■感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延の防止に関する研修を実施している。 ■感染症及び食中毒の発生事例、ヒヤリ・ハット事例等の検討している。 ■訪問介護職員の清潔保持や健康管理を行っている。
<p>(評価コメント)</p> <p>感染マニュアルが作成されており、昨今の動向に応じ見直しを行っている。感染症・食中毒に関しては年1回内部研修を実施しインフルエンザ・ノロウイルスが流行する前に各部署単位で感染委員会が中心となりミニ勉強会を実施し、対策についても検討している。</p>		
28	事故や非常災害発生時など利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。	<ul style="list-style-type: none"> ■事故の発生又はその再発の防止、非常災害時の対応手順等に関するマニュアル等整備している。 ■事故事例、ヒヤリ・ハット事例等事故防止につながる事例の検討をしている。 ■事故の発生又はその再発の防止、非常災害時の対応に関する研修を実施している。
<p>(評価コメント)</p> <p>事故対策マニュアル・防災マニュアルを作成、見直し・修正は各委員会で行い、ヒヤリハット事例、事故事例を検討し再発防止に努めている。非常災害研修は内部でも実施しているが、外部研修も積極的参加を行い、事故発生時は速やかに家族に報告、説明を行っている。</p>		