

(様式第2号)

## 福祉サービス第三者評価結果報告書

事業者名 協愛病院通所リハビリテーション  
評価実施期間 平成27年8月28日～平成28年2月2日

### 1 評価機関

名称	NPO法人自立支援センターかごしま福祉サービス評価機構
所在地	鹿児島市星ヶ峯4丁目2番6号

### 2 事業者情報

[平成27年11月10日現在]

事業所名称：医療法人 協愛会 (施設名) 協愛病院通所リハビリテーション	サービス種別：通所リハビリテーション
開設年月日：平成27年10月1日	管理者名：香月 恭史
設置主体：医療法人 協愛会	代表者職・氏名：香月 恭史
経営主体：医療法人 協愛会	代表者職・氏名：香月 恭史
所在地：〒899-4351 鹿児島県霧島市国分新町1丁目6番52-6号	
連絡先電話番号：0995-64-0022	FAX番号：0995-45-4561
ホームページアドレス なし	Eメールアドレス なし

#### 理念・基本方針

##### 理念

利用者の意思及び、人格を尊重し、自立支援に向けてより良いサービスを提供することを目指します。

##### 基本方針

通所リハビリテーションは、利用者の「尊厳の保持」と「自立支援」という介護保険の基本理念を踏まえ、常に利用者の立場に立って通所リハビリサービスを提供する他、地域や家族との結びつきを重視し、利用者のリハビリテーションに際しても利用者やその家族に対し適切な指導を行うとともに、主治医や居宅介護支援事業等他の事業所との密接な連携を行うものとする。また、介護予防通所リハビリテーションは、利用者の軽度の状態を踏まえつつ自立支援の観点に立った効果的、効率的なサービス提供体制を構築し、目標指向型のサービス提供を徹底し、主治医や地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等他の事業所との密接な連携を行うものとする。

#### 【施設・事業所の特徴的な取り組み】

当事業所は、スタッフ15名がそれぞれの専門性を生かし、リハビリ、看護、介護の視点からサービスを提供します。常に利用者を中心に考えニーズに答えた対応を行っています。又、病院に隣接している事から利用者の入院中も病院側との連携を密にすることで退院支援にもつなげています。

#### [利用者の状況]

定員	60人	利用者数	93人
----	-----	------	-----

※施設種別ごとに、利用者の年齢階層、利用期間、障害の程度・内容など、その施設の特徴が明らかになるようなデータを適宜貼付してください。

#### 利用者の年齢階層

年齢区分	～64歳	65～74歳	75～84歳	85～94歳	95歳～
人数(人)	7	9	31	39	7

#### 要介護区分

区分	非該当	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2
人数(人)	4	14	12	18	26
区分	要介護3	要介護4	要介護5		
人数(人)	8	7	4		

[職員の状況]

職種	勤務区分				※常勤換算	※基準職員数
	常勤(人)		非常勤(人)			
	専従	兼務	専従	兼務		
医師		3			0.5	1名以上
看護師	2				2	6名以上
介護福祉士	8				8	6名以上
介護職	2				2	6名以上
理学・作業療法士	3				3	1名以上
前年度の採用・退職状況	採用	常勤 0 人	採用	非常勤 0 人		
	退職	常勤 1 人	退職	非常勤 1 人		
○常勤職員の当該法人での平均勤務年数					7 年	
○うち直接処遇に当たる常勤職員の当該法人での平均勤務年数					7 年	
○常勤職員の平均年齢					35 歳	
○うち直接処遇に当たる常勤職員の平均年齢					35 歳	

※常勤換算数及び基準職員数は、当該職について、運営基準等で定められている場合のみ記入してください。

### 3 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年8月28日(契約日)～平成28年2月2日(評価結果確定日)
受審回数(前回の受審時期)	0回(平成 年度)

### 4 評価の総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>全職員が常勤専従正規雇用職員体制となっており、看護師・介護福祉士等各種の有資格者が配置され、専門性の高いサービスが提供されている。</p> <p>有給休暇の全取得やノー残業体制も推進され、育児休暇や介護休暇についても取り組みがなされ、働きやすい職場づくりが推進され、職員の定着率が高い。 職員の資格取得についても積極的な取り組みがなされている。</p> <p>感染症対策は当事業所の運営母体の病院が隣接しており、日常の予防対策が医師の指導のもと実施されている。蔓延防止対策としてのマニュアルも細かく文章化されている。</p> <p>年に2回、家族を招待して「家族会を兼ねたお食事会」が実施され、家族がサービスの内容を見て、意見交換できる場となっている。</p> <p>家族が在宅で介護方法に不安がある時には、理学療法士が訪問し、家庭環境と利用者の身体能力を詳細に見極め、安全に配慮しながら、利用者の自立支援の方法を実地指導をしている。その結果、介護負担が軽減し利用者や家族から喜ばれている。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>地域の福祉ニーズを把握し、公益的な事業・活動への取り組みをするために準備中であるが、早々の実施が望まれる。</p> <p>「お食事会」を開催し、家族との連携を深めているが、アンケートや意見などの記録を残し、その結果を今後の活動に活用できるようになることを期待したい。</p>
--

- 5 第三者評価結果（共通項目）
- 6 利用者調査結果（別紙）
- 7 事業者の自己評価結果（別紙）
- 8 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回、勉強させていただくつもりで受けさせていただきました。今まで自分達がしてきたことで、良い部分や不十分な点を知ることが出来た良い機会となりました。私たちでは気付かなかった点を丁寧に指導して頂き、今後、スタッフ全員で良い方向へ向かっていけるよう努力していきたいと思います。「人（スタッフ）を大切に・・・利用者の方々の笑顔を大切に・・・」当事業所で働いていて良かった、利用して良かったと思っていただけるように、満足して頂ける環境を整え、スタッフ全員でサービスの質の向上に努めていきたいです。また、改善点でもありました通り、地域の福祉のニーズを把握し、公益的な事業・活動への取り組みも今後検討していきたいです。

# 福祉サービス第三者評価基準

## 【 共 通 版 】

H27年4月1日改定

(様式2)

### 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
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。	○ a · b · c
<p>評価概要</p> <p>理念・基本方針ともに事業所のパンフレットや広報紙にも分かりやすく掲載されている。重要事項説明書には運営方針が記載されて、契約時に分かりやすく説明されている。職員は新規採用時研修や定例研修会等で習得し実践できるようにしている。また、各職員の名札の裏にも記載されている。</p>		

#### Ⅰ-2 経営状況の把握

		第三者評価
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。	○ a · b · c
<p>評価概要</p> <p>国の地域包括ケアシステムの構築や所在地自治体の街角相談事業所設置計画などの動向を織り込んだ上で、事業所の月々の利用状況・利用者の動向を把握し、分析している。</p>		
3	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	○ a · b · c
<p>評価概要</p> <p>介護保険制度の改正、国・地方自治体の計画や当事業所の年次的運営状況の推移・職員体制・職員アンケートなど各面から課題を抽出分析し、経営陣と職員が一体となって課題解決に取り組んでいる。</p>		

#### Ⅰ-3 事業計画の策定

		第三者評価
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。	a ○ b · c
<p>評価概要</p> <p>「高齢者が地域の中でお互いに支えあって安心安全な生活を継続する」ために、人材育成・職場環境の整備・サービスの質の向上の3分野から中長期計画が策定されている。計画の数値目標化や実施状況の評価を行う体制・財政的裏付けなどが今後の課題として残されている。</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。	○ a · b · c
<p>評価概要</p> <p>各年度の計画は中長期計画を踏まえ、前年度の実績を評価し、年間の課題や目標を明確にして策定されている。</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。	a b・c
<p>評価概要</p> <p>事業計画の年間目標は、月別に細分化され月次の評価と上半期と年間の評価がなされている。利用実績・研修・無事故対策・サービスの向上対策等見直しについても全職員で検討し取り組みを進めている。</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。	a b c
<p>評価概要</p> <p>利用者や家族への周知は家族会・利用者会等で説明をされているが、事業計画の全体像がよく見える化して説明する工夫が求められる。</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
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。	a b・c
<p>評価概要</p> <p>サービス内容では、地域の利用者を選択される質向上を目指して、管理者を先頭に職員全体で評価・課題分析・計画の見直しを進めている。今回第三者評価受審にあたり、第三者評価基準に基づく自己評価を職員で実施し新たな課題分析も始めている。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取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。	a b・c
<p>評価概要</p> <p>職員間での前年度の課題分析に基づき新年度計画が立案されおり、実施状況については業務改善会議で検討し、必要な事項は計画的に実施されている。</p>		

## 評価対象II 組織の運営管理

## II-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価
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。	a b・c
<p>評価概要</p> <p>業務分担表や組織構図、医療安全管理組織及び体系図、事故発生時緊急連絡体制等々で役割と責任体制を明確にしてある。事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にし日常的に会議や職員研修会・防火防災訓練等で教育指導訓練している。</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。	a b・c
<p>評価概要</p> <p>利用者の人権や虐待防止等に関する法令、職員への処遇に関する労働関係法令、施設の管理運営に関する関係法令、医療福祉介護関連法令等々把握し、分掌して推進するようにしている。</p>		
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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。	a b・c
<p>評価概要</p> <p>管理者はサービスの質の向上に熱意を持って取り組み、職員の資格取得についても事業所で支援するとともに、各種研修会にも業務としての参加としている。事業所内では10部門の会議や研修会等を持ち、職員の技能や資質向上のために取り組んでいる。</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。	a b c
<p>評価概要</p> <p>職員体制については医師以外は全員常勤専従となっており、安定した職場環境であり、サービスの質や業務の実効性が上がる環境である。管理者は運営会議開催し、利用状況の実態を把握し、個々についての相談や指導に当たっている。</p>		

## II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価
II-2-1 (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。		
14	II-2-1 (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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <p>医師以外は全職員が常勤専従正規雇用職員体制となっており、各種の有資格者が配置されている。有給休暇の全取得やノー残業体制も推進されている。育児休暇や介護休暇についても取り組みがなされている。資格取得についても積極的に取り組みがなされている。</p>		
15	II-2-1 (1) -② 総合的な人事管理が行われている。	a・b・c
<p>評価概要</p> <p>期待する職員像を明確にし、資格取得を推進している。新規採用職員には3ヶ月間の研修担当者が付き育成し評価がなされている。職員の処遇についても取り組みがなされている。キャリアパスの明確化など人事管理制度の拡充は今後の取り組みが期待される。</p>		
II-2-1 (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	II-2-1 (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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <p>職員への個別面接で各職員の就業についての意向を把握し、有給休暇の全取得やノー残業の推進、子育て支援などワークアンドライフのバランスに配慮した働きやすい職場づくりがなされている。ストレス対策については外部委託し気兼ねなく相談できる体制も取り組んでいる。健康診断やインフルエンザ予防接種も法人負担で実施されている。</p>		
II-2-1 (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	II-2-1 (3) -① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a・b・c
<p>評価概要</p> <p>期待する職員像を明確にされ職員の技能や資質向上等の研修が計画的に実施されているが、個々の職員の目標管理を設定した取り組みは今後の課題となっている。</p>		
18	II-2-1 (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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <p>法人の基本理念に「わたくしたちは日々学習、研修に励み自己研さんに励みます。」と明示し、目指すべき職員像も明確で、研修計画も職能に沿って策定され実施されている。年度末に総合的に検討され次年度計画に反映されている。</p>		
19	II-2-1 (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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <p>新規採用職員には、主任・副主任等の先輩職員が3ヶ月間担当として付き、職員の育成に当たっている。個々の職員についてはそれぞれの目標を自ら定め、事業所と相談し研修等や資格挑戦できるようになっている。</p>		
II-2-2 (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-2-2 (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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <p>実習生受け入れについて、方針・受け入れマニュアル等明文化され、指導体制も確立されている。</p>		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価
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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <p>運営の透明性については、今回第三者評価を受審することで、新たな取り組みを始める段階である。運営の透明性を確保するための情報公開が期待される。</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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <p>行政による実地指導や、公認会計士による経営的助言を受けながら、内部的には職員に一定の開示と説明が行われている。</p>		

II-4 地域との交流, 地域貢献

		第三者評価
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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <p>霧島市のボランティア登録名簿から、ボランティアの活用を毎月実施し、利用者との交流を図っている。また、地域の幼稚園・保育園・中学校・老人会との交流もなされている。</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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <p>ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化し、自治体やボランティア団体に受け入れの姿勢を明示している。学校からの体験学習の申し入れについても積極的に受け入れ教育効果が上がるよう協力している。</p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <p>地域の社会資源のリスト化をし、看護協会との連絡会議や、地域の保健・福祉・医療関連団体を網羅した地域連絡会議等への定期的参加はしている。個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成するまでには至っていない。</p>		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	II-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a・b・c
<p>評価概要</p> <p>事業所内に、ボランティアの受け入れや、中学生の体験学習の受け入れ等機能の一部を還元されているが、事業所の持っている多様な機能を地域に提示し、または地域に働きかけて還元されることが期待される。</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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <p>ライフサポーター養成研修に職員を派遣し、地域貢献活動としての「街角相談所」開設に向け準備中である。現在は、電話相談や地域からの相談を必要に応じて他のサービス機関へ紹介している。</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
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。	a (b) c
評価概要：理念及び運営方針に利用者の人格の尊重、尊厳の保持を掲げ、パンフレット、広報及び重要事項説明書に記載されている。身体拘束・高齢者虐待防止委員会主催の院内研修や倫理研修に全職員が参加して研修を行っている。また、新人に対しては、接遇マニュアルを個人に配布し、利用者を尊重するための行動について研修を行っている。		
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。	a (b) c
評価概要：利用者のADL、IADLを職員全員が理解し、できる事・できない事を明確化し、利用者の思いに沿いながら、どこまで支援が必要かを職員会議で周知している。特に、トイレ、浴室のプライバシー保護重点箇所には十分な手摺が設置されている。プライバシー保護マニュアルが策定されているが、行動化されている内容の文書化が望まれる。		
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 利用者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。	(a) b c
評価概要：カラーの図や絵入りの読みやすい文字で手作りのパンフレットが作成され、民生委員の会議や生き生き交流センター、老人会に広報と共に配布及び常備している。また、見学者用のパンフレットも作成し、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所に配布している。問い合わせ及び体験者の記録は「見学記録簿」に記載している。		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a (b) c
評価概要：利用者に分かり易い手作りのパンフレットを用いて、利用者の理解度に応じた説明を行い、重要事項説明書及び契約書に契約を交わしている。利用者の理解に困難が伴う場合は、家族が契約を代行している。サービス担当者会議に出席し、介護支援専門員による会議録は保管されているが、入院中の患者の退院前カンファレンスに出席している記録の管理が望まれる。		
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。	a (b) c
評価概要：パンフレットにサービス利用終了後の窓口となる職員の氏名が記載され、説明を行っている。利用者が他の事業所に移行する場合の継続性に配慮する手順及び文書は策定されていないが、利用者及びサービス内容に関する情報は介護支援専門員への報告書を通して情報が提供されている。また、入院される利用者に対しては「情報提供票」を作成し、継続性に配慮している。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
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。	a (b) c
評価概要：利用者満足に関する担当は、主任と副主任が担当しているが、利用者の担当者がサービス提供時の言動や連絡帳から満足状況を確認している。年3回開催されて家族を招いての「食事会」でアンケートを行い、意見の回収を行っているが、組織としての取り組みにまでは至っていない。		
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。		
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。	a (b) c
評価概要：苦情・相談マニュアルを策定し、苦情解決責任者、苦情受付対応者が選定されている。苦情受付体制について事業所内に掲示すると共に、パンフレットにも記載している。玄関近くのホール入口に「ご意見箱」を設置しているが、連絡帳や利用者・家族からの言葉を通して苦情が寄せられている。「苦情処理簿」に苦情・相談の内容を記録し、カンファレンスで分析し、解決策を検討している。その結果を利用者及び家族に報告している。		
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。	a (b) c
評価概要：日常の相談や意見は担当者以外に主任及び副主任が対応している。また、「お食事会」、連絡帳及び電話で相談や意見が寄せられている。来所される場合の相談場所として、事業所内に確保しているが、他者に聞かれない場所としては、病院の相談室を活用している。相談や意見の記録が残されていない場合があるため、記録の完備を望みたい。		
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。	(a) b c
評価概要：相談・苦情・意見に対する対応は、苦情・相談マニュアルに策定されている。マニュアルの見直しは、毎年6月に行われ、来歴管理票に記録されている。利用者からの相談・意見に対して、迅速に対応可能な内容については、毎日のカンファレンスで改善のための解決策を検討し、解決に繋げている。		



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。		
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。	○a・b・c
<p>評価概要：病院全体がリスクマネジメントの体制を整備しており、主任はリスクマネージャーとしての役割を果たしている。安全管理委員会が設置され、医療安全マニュアルが策定されている。また、毎月、医療安全小委員会が開催され、アクシデント、インシデントの検討を行っている。当日の内に事例の発生要因を分析し、その対策を立案し、業務終了後のカンファレンスで共有化している。アクシデント発生1週間後に再評価を行い、再発防止に努めている。職員に対しては、年に2回、「トランスファー研修」を実施し、安心・安全な移動・移行の技術を習得している。</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。	○a・b・c
<p>評価概要：病院全体で感染症対策の責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。毎月、感染症対策委員会が開催され、委員による予告なしのラウンドでマニュアルの遵守状況の点検を行っている。職員に対する研修は院内研修が年2回、実技を交えた内容で実施されている。マニュアルは毎年6月に見直しを行っている。職員のインフルエンザ予防接種に対して自己負担を補助し、全員接種を促している。</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している。	○a・b・c
<p>評価概要：災害対策マニュアルが策定され、病院全体の災害時の連絡網を整備している。火災、地震、集中豪雨発生時を想定した、避難先、避難ルートについて記載された文書が貼付されている。消防団、自治会、警察等と連携した防災訓練は年2回実施され、写真と共に実施記録が保管されている。食料や備品の備蓄については病院全体で管理している。火災予防として、配膳室周囲の火気厳禁、全館禁煙の励行を実践している。</p>		

## Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価
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。	○a・b・c
<p>評価概要：業務毎のマニュアル及び新人教育マニュアルが策定されている。新人研修第三者評価表により1ヶ月後の面接、2ヶ月・3ヶ月後の評価を行っている。サービス提供場面の見守りと業務の点検を行い、マニュアルとのズレが認められれば、指導を行っている。特に、医療安全マニュアルは10月11月に職員による読み上げ、感染症マニュアルは実技を点検している。各種マニュアルは書庫に整備され、日常的に活用している。</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。	a ○b c
<p>評価概要：各種マニュアルは6月に見直しすることが慣例化している。見直しの方法は、主任と副主任が行っているが、事業所としての方法や仕組みを定めて組織的に行うまでには至っていない。</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。	○a・b・c
<p>評価概要：記録作成マニュアルが策定され、計画の策定責任者は担当者となっている。アセスメントの方法は、病院独自のフェイスシート、アセスメントシート（生活情報、身体面・精神面・社会面）、嚥下・口腔状態チェックリストを用いて実施している。多職種参加によるサービス担当者会議を開催し、サービス計画書を策定している。支援困難ケースについても利用者のニーズを明確にし、課題解決のための目標と対応策をサービス計画に反映している。主任は利用者全員の内容を掌握し、助言・指導を行っている。</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。	○a・b・c
<p>評価概要：新規利用者については2週間後に、継続利用者に関しては3ヶ月目にサービス担当者会議を開催して、評価・見直しを行っている。その結果、サービス提供内容に変更が生じた場合は、カンファレンス及び申し送りノートを活用し共有化を図っている。申し送りノートには日付、利用者名、変更内容を記載し、職員は読んだ場合に署名を記載することで全員の周知を確認している。利用者に対しては意向を確認すると共に、同意を得て、契約を交わしている。</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、職員間で共有化されている。	○a・b・c
<p>評価概要：利用者の身体状況や生活状況は独自の定められたアセスメント様式によって把握され、記録されている。計画に基づき提供されたサービス内容は診療記録及び個人記録に記載されている。記録作成マニュアルが策定され、記録の指導は、主任と副主任が行っている。特に、パソコン入力は個人差が大きいため、個別に指導を行っている。利用者の情報は朝の朝礼時、送迎終了後のカンファレンスで共有化されている。</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・b・c
<p>評価概要：主任が記録管理責任者と選任され、利用者の記録に関する管理を行っている。プライバシー保護マニュアルが策定され、個人情報取り扱いについて記載されている。また、利用者に対してはパンフレット、契約書、重要事項説明書に個人情報保護取扱いについて記載され、説明を行っている。職員は事業所内に個人情報保護規定が貼付され、教育・研修を受け、遵守されている。</p>		