

様式第1号

兵庫県福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

株式会社H. R. コーポレーション

②施設・事業所情報

施設・事業所の名称		名称：老人保健施設清和香櫨園 通所リハビリテーション		種別：通所リハビリテーション	
代表者氏名		笹生 幹夫		定員（利用者人数）：40 名	
所在地：兵庫県西宮市弓場町1番15号					
TEL		0798-34-0001		ホームページ： http://www.saso.or.jp/seiwa-koroen/	
【施設・事業所の概要】					
開設年月日		平成17年8月1日			
経営法人・設置主体（法人名）		医療法人社団 清和会			
職員数	常勤職員	22	名	非常勤職員	7 名
専門職員	医師	1	名	理学療法士	4 名
	看護師	1	名	作業療法士	1 名
	介護福祉士	6	名	管理栄養士	1 名
	介護士	4	名	介護支援専門員	2 名
施設・設備の概要	(居室数)			(設備等) 特殊浴槽	
				トレーニングマシン	

③理念・基本方針

■施設理念

私たちは、いつでも介護の質の向上に努め、施設を利用するすべての方々に、よりよい介護サービスを提供します

■施設方針

- ・「利用者の権利」を尊重する
- ・介護を受ける側と提供する側の相互信頼関係を大切にする
- ・居宅での生活を重視した質の高い介護を実現する

④施設・事業所の特徴的な取組

急性期医療を担い予防医学にも取り組む笹生病院（協力病院）に近接した場所にあり、笹生病院、訪問看護ステーションそよかぜと連携し、充実した医療・介護の総合的なサービスを提供することにより、利用者の「在宅復帰」と「在宅での生活支援の充実」を目指している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施機関	平成 28 年 2 月 10 日（契約日）～ 平成 28 年 7 月 1 日（評価結果確定日）
受審回数 (前回の受審時期)	初 回

⑥総評

◇特に評価の高い点

*機能訓練・介護予防

利用者一人ひとりに「リハビリテーション実施計画書」を策定し、実施状況を記録し毎月モニタリングを行っている。機能訓練が必要な利用者に「個別機能訓練実施計画」を立案し筋力トレーニング・有酸素運動等を実施し、介護予防の利用者には3ヶ月毎に体力測定を実施しモニタリングを行って効果を評価している。1日の流れの中に、計算問題・クイズ等の脳トレ、工作、ぬりえ、手芸等を取り入れ、利用者の好みに応じて主体的に参加できるように取り組んでいる。

*委員会体制の整備

「感染防止委員会」「事故・拘束防止委員会」等9委員会を設置し、「委員会要綱」を作成して目的・構成員・開催頻度などを明示し、多職種合同で定期的に開催し、サービスの質向上に取り組んでいる。

*研修体制の整備

「教育委員会」が年間研修計画を策定し、研修内容に応じた委員会が担当して事業所内勉強会を定期的の実施し、職員の資質向上に取り組んでいる。母体法人でも研修会を実施し、事業所からも参加している。

*マニュアル・規程類の整備

「マニュアル委員会」を設置し、各種マニュアルの見直し・新規作成を行い、マニュアル・規程類が整備されている。「介護マニュアル」については介護技術研修会を複数回実施して周知を図る等、マニュアルの周知に向けて取り組んでいる。

◇改善を求められる点

*事業計画

事業計画の実施状況の把握、評価・見直し、次年度の事業計画の策定を、職員の参画の下で計画的に行う仕組み作りが望まれる。また、利用者・家族にもわかりやすい言葉で説明し、理解と周知を図る取り組みを期待する。

*サービスの質の向上に向けた組織的な取り組み

定期的・継続的に自己評価を行い、抽出した課題について、職員参画の下改善に取り組む仕組み作りが望まれる。

*運営の透明性の確保

ホームページ等を活用し、事業所の理念・基本方針や提供するサービス内容・事業計画・苦情相談内容等、事業所の運営についての情報を公開・発信する取り組みが望まれる。

*地域との交流・地域貢献

事業所が地域住民や関係機関と交流する中で地域ニーズを把握し、有する機能を地域に還元し地域貢献に取り組むことが望まれる。

*利用者一人ひとりに応じた個別支援

「通所サービス計画書」を基に、利用者一人ひとりについて支援計画を作成し、サービスを個別・具体的に実施するための方法を明示することが望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

創立10年を経た節目の年に第三者評価を受審する機会を得た事は、施設にとっても、職員にとっても意義深い事でした。介護老人保健施設としてあるべき姿、組織の面、日々のサービス提供等、客観的な評価ができたこと、的確な指摘をいただいたことで次の課題が明確になりました。

今回の評価結果を真摯に受け止め、明確になった課題に全職員が一丸となって取り組み、皆様方を選んでいただける施設を目指していきます。

⑧各評価項目に係る第三者評価結果

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。

(別紙)

第三者評価結果

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

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。	a ・ b ・ c
<コメント> 施設理念と基本方針を、パンフレットに記載し、玄関・館内に掲示し、利用者・家族・職員・来訪者に周知を図っている。理念には施設が目指す方向が示され、3項目の基本方針は理念と整合性がとれており、具体的な内容となっている。毎月の朝礼で唱和し、合同会議で説明を行う等、職員への周知が図られている。請求書発送時等に用いる施設の封筒に理念・基本方針を明示し、利用者・家族への周知を図っている。 理念・基本方針の周知への取り組みは行われているが、今後は周知状況の確認と継続的な取り組みが望まれる。	

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。	a ・ b ・ c
<コメント> 「西宮市高齢者福祉計画」「西宮市介護保険事業計画」「兵庫県老人福祉計画」「医療機関・地域の高齢者福祉事業所マップ」等を用いて、社会福祉事業や地域の各種福祉計画についての把握と分析に取り組んでいる。法人の経営層・施設の管理者層が出席する「運営会議」を月に1回開催し、地域での経営環境・課題などの把握と分析を行っている。利用者の推移・利用率は「運営会議」で分析し、月次で施設から法人にも報告している。コスト分析については法人で行っている。	
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
<コメント> 経営課題の抽出と共有については、運営会議で行われている。稼働率等、経営状況や課題については「合同フロー会議」で職員に周知している。 経営課題の解決・改善に向けて、具体的な取り組みを計画的に行い進捗を記録に残すことが望まれる。	

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。	a ・ b ・ c
〈コメント〉 施設としての中長期計画を平成27年度に策定し、「経営の安定化」「サービス提供安定化」「設備・備品への投資」という継続課題に向けた内容を明確にしている。収支計画も作成されている。 中長期計画の評価・見直しの仕組み作りが望まれる。		
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
〈コメント〉 中長期計画に基づいて、「第三者評価受審結果による現状の総括とも直し」「キャリア段位制度の利用」「介護記録の電子化とそれに伴う環境整備」等、具体的な事業計画を作成している。 実施状況の把握が行えるように、数値目標や具体的な成果の設定が望まれる。		
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
〈コメント〉 事業計画は、運営会議からリーダー会議へ、リーダーから職員へと周知を図る仕組みがある。 事業計画の実施状況の把握、評価・見直し、次年度の事業計画の策定を職員参画の下で計画的に行う仕組み作りが望まれる。		
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
〈コメント〉 事業計画について、利用者・家族に周知する取り組みには至っていない。 利用者・家族に、事業計画や事業所としての目標をわかりやすい言葉で説明し、理解と周知を促す取り組みが望まれる。		

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。	a ・ b ・ c
〈コメント〉 各種委員会が設置され、定期的な開催によりサービスの質の向上に取り組んでいる。各委員会が年度初めに年間目標を設定し、実施計画を策定し、定期的な会議で実施状況を確認している。今回の第三者評価は初回の受審である。 自己評価の実施について、現在計画中である。		

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
<コメント> 自己評価の実施について、現在計画中である。 自己評価や第三者評価で明確になった課題について、職員参画の下で計画的に改善に取り組み、進捗状況を確認しながら必要に応じて改善計画を見直し、その経緯を記録に残すことが望まれる。		

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。	a ・ b ・ c
<コメント> 法人の「運営組織図」「職務権限・分掌規程」を整備し、各役職・職種について業務内容及び職務権限が明確にされている。法人理事長が経営・運営についての方針を明確にして、年頭の朝礼で説明するとともに、書面を施設内に掲示し全職員に周知を図っている。「防火・防災対策委員会構成表」で責任体制を明確化し、管理者不在時は事務長（防火管理者）が権限委任されることも明記されている。 経営層・管理者層の役割と責任について、職員に表明し理解を図る取り組みが望まれる。		
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
<コメント> 公認会計士の参画により、管理者層が遵守すべき法令の理解と利害関係者との適正な関係保持、また、幅広い分野の法令の理解ができる体制がある。「個人情報保護について」の法人研修を実施し、施設からも一部職員が参加している。 職員が遵守すべき諸法令について学ぶ機会を確保すると共に、遵守するための具体的な取り組みを行うことが望まれる。		
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
<コメント> 各種委員会を設置し、定期的に会議を開催し、各分野でのサービスの質の現状を把握し改善に取り組んでいる。管理者層は各委員会に出席し、活動内容を把握すると共に、意見や助言を行っている。職員は各委員会に所属し、意見・提案を出し合っている。教育委員会が年間研修計画を策定し、各委員会が企画と講師を分担し、サービスの質の向上に向けて取り組んでいる。 管理者層は会議・委員会等で職員の意見の把握に努めているが、意見をサービスの向上に反映させる具体的な仕組み作りを期待する。		

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
〈コメント〉 管理者層は月に1回「運営会議」を開催し、人事・労務・財務などを踏まえ、経営・業務改善に向けて検討している。法人の人事担当部署（人事採用課）が年間で計画的に採用や配置を行う仕組みがある。人員の補充等の必要があれば施設の運営会議から法人の運営会議に要請し、人事担当部署が対応している。システムを導入したり、パソコンの台数を増やす等、働きやすい環境整備に努めている。経営・業務改善については、フロアー合同会議等で職員に周知しているが、具体的な体制作りには至っていない。 経営・業務改善については、管理者層が具体的な体制を構築し、意識形成と職員参画の下での取り組みが望まれる。		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
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。		
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。	a ・ (b) ・ c
〈コメント〉 法人の人事担当部署（人事採用課）が、人員体制に関する方針を定め、年間で計画的に採用や配置を行う仕組みがある。計画に基づいて募集を行っている。 資格取得奨励などの人材育成や効果的な人材確保に組織的に取り組まれることが望まれる。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a ・ b ・ (c)
〈コメント〉 人事基準に基づいた総合的な人事管理を行う仕組み作りに至っていない。 理念・基本方針を踏まえた「期待する職員像」と人事基準を明確にし、キャリアパスの設定、人事考課制度の導入等、総合的な人事管理の仕組みづくりと一体的な運用が望まれる。 また、処遇についても地域や事業種別で比較検討を行い、改善に結び付ける仕組みづくりが望まれる。		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
1	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組んでいる。	a ・ (b) ・ c
〈コメント〉 労務管理については、施設の事務部署が行い事務長を責任者としている。職員の就業状況については、事務長が毎月データを確認して把握し、施設の管理者層と法人の経営層に報告している。健康診断・予防接種・メンタルヘルスの相談窓口の紹介など、職員の心身の健康と安全確保のための仕組みがあり、職員にも周知している。会員制リゾート施設利用・スポーツジム利用・リフレッシュ休暇・勤続年数による表彰等、福利厚生を整備・充実に努めている。産前産後休暇・育児休暇・介護休暇の取得、法人での保育所の運営等、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取り組みが行われている。職員の就業状況の改善策については、施設から法人に申請し、法人の人事担当部署が、人員体制に関する方針に基づいて募集や採用を行っている。 人材の確保・定着の観点から、組織の魅力を高め、働きやすい職場づくりをするための計画的・積極的な取り組みが望まれる。		

Ⅱ-2-(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-(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
〈コメント〉 「目標管理シート・勤務評価チェックシート」を作成し、職員一人ひとりの目標管理を行う仕組みがある。目標設定には、目標項目・目標水準・目標期限が定められている。年に2回個別面談を行い、中間で進捗状況を確認すると共に、年度末には目標達成度の確認を行っている。 組織としての目標管理については、施設の理念・基本方針、年間目標、職員個別の目標等に整合性・連動性が求められることから、職員個別の目標設定には、組織として「期待する職員像」を明確にすることが望まれる。		
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。	a ・ (b) ・ c
〈コメント〉 法人の人事担当部署が作成している人員体制に関する年間計画に、必要とされる専門資格と人数が明示されている。教育委員会が年間研修計画を策定し、各委員会が企画と講師を担当し、計画に基づいた研修が実施されている。計画は毎年年度末に見直し、次年度の計画を策定している。教育委員会で各月で実施した研修内容について出席者のアンケートを取り、評価を実施していることを議事録で確認した。 組織が目指すサービスの実践のための職員育成・研修体制の充実に取り組むことから、組織として「期待する職員像」を明確にすることが望まれる。		
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。	a ・ (b) ・ c
〈コメント〉 人事管理部門で、取得している専門資格について把握している。「目標管理シート・勤務評価シート」の中の「勤務評価項目」で、上司評価を行い、職員一人ひとりの水準を把握する仕組みがある。新人研修については、達成度を確認しながら指導するOJT体制が整備されている。外部研修の受講・大会等への参加を奨励し、情報提供・研修参加費や交通費の支給・勤務調整等、受講・参加できるよう支援している。また、施設内の研修は、週末の勤務終了後に実施し、参加しやすいように配慮している。 現任職員についても、個別的なOJTや、階層別・職種別・テーマ別の研修を行い、職員の個別性に応じた研修体制を整備することが望まれる。		
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。	a ・ (b) ・ c
〈コメント〉 現在、看護職の実習生の受け入れのみ実施している。実習生の指導要項に、目的・手順・窓口を明記している。看護師養成校の指定のプログラムに沿って実習を行っている。実習指導者研修に参加した看護師が指導に対応している。実習を受ける際には、実習受け入れの契約を取り交わし、実習担当教官が実習日に来訪し、カンファレンス等を通して意見交換し連携を図っている。 福祉の人材・専門職の育成は、福祉施設の社会的責務の一つであることから、様々な職種の実習生を受け入れるためのマニュアル・プログラムの整備が望まれる。		

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。		
2	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
<コメント> 理念・基本方針・活動などを記載したパンフレットを、病院・地域包括支援センター・居宅介護支援事業所などに配布している。 施設の事業・財務等に関する情報について、適切に公開・発信する取り組みが望まれる。		
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
<コメント> 事務・経理・取引に関しての処理は法人で行っており、職務分掌・権限・責任等も定められているが、職員への周知には至っていない。公認会計士に必要に応じて相談し助言を受ける体制があり、毎月チェックも行われている。公認会計士の指導や指摘事項に基づいて経営改善に取り組んでいる。 施設における事務・経理・取引に関するルールや職務分掌・権限・責任を職員に周知する取り組みが望まれる。		

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。	a ・ (b) ・ c
<コメント> 夏祭りに地域の方の参加もあり、敬老会・ハロウィンでは地域の保育園児の来訪を受けている。 地域との関わり方についての方針を明文化し、利用者と地域との交流を広げるための取り組みを工夫することが望まれる。		
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
<コメント> 「ボランティア受け入れ管理手順」のマニュアルを整備し、ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化し、ボランティア登録票（氏名・住所・電話番号等）を作成している。トライやるウィークの受け入れ等、学校教育への協力を行っている。 マニュアルの中等に地域の学校教育への協力についての基本姿勢を明文化すること、また、ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修・支援を行うことが望まれる。		
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
<コメント> 地域の関係機関・団体について福祉資料のファイルを作成している。法人の医療連携室からはメディカルケアネット西宮・阪神地域医療連携担当者連絡会・老健協会阪神支部総会に参加し、老健協会阪神支部総会では、事務長会・介護部長会・ケアマネ会を設置し、ネットワーク化に取り組んでいるが、施設としては取り組みには至っていない。居宅介護支援事業所や地域包括支援センター等とのネットワーク化には取り組んでいる。 地域の社会資源について職員間で情報共有できる取り組みが望まれる。法人の医療連携室と協働し、施設としても地域でのネットワーク作りに取り組むことが望まれる。		

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
〈コメント〉 法人の健診センターが地域の避難所になっているが、施設としては、地域に機能を還元する取組みに至っていない。 施設の有する機能を地域に還元する取り組みが望まれる。		
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
〈コメント〉 居宅介護支援事業所・地域包括支援センターとの連携や、法人の医療連携室との連携により、具体的な福祉ニーズの把握に努めているが、地域交流・貢献の中での把握する機会作りには至っていない。 地域交流や地域貢献の中で地域の福祉ニーズを把握するための機会を設け、それに基づいた地域貢献・事業・活動に取り組まれることが望まれる。		

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。	a ・ (b) ・ c
＜コメント＞ 理念・基本方針に、利用者尊重の姿勢をもり込み、理解と実践に努めている。職員の「倫理規定」は策定されているが、職員が理解し実践するための取り組みには至っていない。「介護マニュアル」の個々のサービスの標準的な実施方法に、「羞恥心に配慮し」「意向を確認し」等、利用者尊重の基本姿勢が反映されている。事業所内研修の「接遇研修」等で利用者の尊重や基本的人権への配慮について学ぶ機会を持っている。 倫理規定の職員への研修等を通して周知する取り組みが望ましい。利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行う仕組み作りが望まれる。		
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
＜コメント＞ 「プライバシー保護マニュアル」「個人情報規程」が整備され、研修を実施し職員の理解を図っている。「身体拘束廃止・虐待防止マニュアル」が整備され、研修を実施し職員の理解を図っている。デイケアフロアはバリアフリー化されており、自由に移動ができトイレも自由に利用できるようになっている。入浴時はカーテンで仕切ったり、スクリーンを利用することで、また、トイレも個室でプライバシーを確保している。フロア内にはベッドが設置されており、カーテンで仕切ったり、スクリーンを利用し、他者の目を気にすることなく休むことができるよう配慮している。 規程・マニュアル等に不適切な事案が発生した場合の対応方法等を明示することが望まれる。昨年度にマニュアルを策定したため、規定・マニュアルの内容の研修は実施していない。プライバシー保護・権利擁護についてマニュアルに基づいたサービスの実施を確認する仕組み作りが望まれる。また、プライバシー保護・権利擁護に関する取り組みを契約書・重要事項説明書等に明記し、利用者・家族に周知することが望まれる。		
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
＜コメント＞ 理念・基本方針・実施するサービス内容を記載したパンフレットは、言葉遣い・写真・図等を使用してわかりやすい内容となっており、病院・居宅介護支援事業所・他施設等に設置している。利用希望者には、相談員が個別に面談や見学に対応し、質疑応答により必要な情報提供をしている。新しいパンフレットには理念と基本方針を明示する等、見直しを実施した。次回パンフレット印刷時にも見直し予定である。		
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
＜コメント＞ 契約時・変更時には十分な説明を心がけ、自己決定により同意の署名と捺印を行ってもらっている。利用開始時には、契約書・重要事項説明書・パンフレットと共に、「利用者の1日の流れ」等の資料でサービスの内容を理解しやすいように工夫を行っている。変更時にも、変更前と変更後の内容が理解しやすい文書で説明し、同意を得ている。 契約時の手順を明記したマニュアルを作成し、その中に意思決定困難な利用者への配慮についても記載することが望まれる。		

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
＜コメント＞ 他事業所への移行などの際には、ケアマネジャーの要請に応じて必要な情報提供を行っている。サービス終了後の相談・対応については、相談室を窓口担当者と定め口頭で伝えている。 「サービス終了時の対応手順マニュアル」を策定し、手順・終了後の相談窓口・引き継ぎ文書などを明記することが望まれる。また、終了後の相談方法や担当者については、文書に記載し渡すことが望まれる。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足向上を目的とする仕組みを整備し、取り組んでいる。	a ・ b ・ c
＜コメント＞ 年に1回接遇委員会が中心となって家族アンケートを実施し、集計を行っている。アンケート結果から抽出した課題に対しての改善策を、月間目標に採り入れて取り組んでいる。利用者満足度を把握するために利用者会・家族会などを企画し、職員も参加して、そこでの意見・要望をサービスに反映する仕組み作りが望まれる。また、把握した結果を分析・検討するために利用者参画の下で検討会議を行うことを期待する。		
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
＜コメント＞ 苦情解決責任者・苦情受付担当者等、苦情解決の体制を整備し、重要事項説明書に明示し配布している。玄関の案内掲示に要望及び苦情等の相談について明示されている。「声の箱」（意見箱）と記入用紙を設置し、また、年に1回家族アンケートを実施し、利用者・家族が苦情を出しやすい工夫を行っている。苦情の受付から解決、また、家族へのフィードバックについては、「苦情報告書」に記録し保管している。接遇委員会で苦情の把握を行っているが、データ化してサービスの向上に反映する取り組みには至っていない。 受付から解決に至るまでの苦情解決の仕組みを分かりやすく説明した資料の掲示や配布が望まれる。苦情内容・解決結果等は、プライバシーに配慮した上で公表することが望まれる。また、苦情・相談については、内容をデータ化・分析し、サービスの向上に反映させる仕組み作りが望まれる。		
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
＜コメント＞ 重要事項説明書の中に、複数の相談窓口を明示し、「声の箱」（意見箱）の活用についても明記されている。玄関の案内掲示に、要望及び苦情等の相談について明示されている。相相談内容に応じてカーテンで仕切ったスペースやスクリーンを活用したり、施設内の面談室に案内するなど相談や意見を述べやすい環境に配慮している。		

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
〈コメント〉 「相談・苦情処理マニュアル」を整備しており、相談・苦情対応の方法を明文化し手順も記載されている。年度末に定期的に見直しをする予定である。玄関に「声の箱」といった意見箱が設置されている。利用者や家族からの意見や要望は、玄関に設置されている「ご意見・ご要望に関する回答」という掲示するスペースを設けている。アンケートについては年間で1～2回実施し、接遇委員会で検証し、改善につなげている。 職員は日々のサービス提供において、利用者の相談・意見の傾聴に努め、把握した意見に迅速に対応し、サービスの質の向上に反映する仕組み作りと、経過を記録に残すことが望まれる。		
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
〈コメント〉 リスクマネジメントに関する責任者を施設長と定め、感染、事故のマニュアルに明記し、「事故・身体拘束防止委員会」「感染防止委員会」等、リスクマネジメントに関する委員会を設置している。「事故防止マニュアル」が整備されており、管理者は、全職員にマニュアル内容の伝達に努めている。又、各階フロアーに指針を配備し、対策をフロアー毎に朝の申し送り時に話し合っている。事故・ヒヤリハット報告書を作成し、事例が収集されている。 「事故・身体拘束防止委員会」を月1回開催し、事故・ヒヤリハット事例の発生件数と内容を報告している。事故事例は家族への報告対応結果まで記入され、委員会で報告されている。個別の防止策を講じた結果は1ヶ月後に評価を行い、個人記録の中に残されている。 「緊急時対応」「事故防止」の研修を実施し、事故防止についての研修の機会に年間の集計結果を踏まえ研修で対応について周知を図る取り組みを行っている。		
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
〈コメント〉 「感染症予防マニュアル・感染症、食中毒の予防・蔓延防止に関する指針」を作成している。感染防止委員会を設置し、各職種から委員を任命し月に1回の会議で感染予防のための技術習得について話し合っている。更に、年間職員研修計画の中で「感染症について」の研修を盛り込み、感染防止委員会が企画立案し全職員に周知徹底に努め、対応訓練も実施している。昨年度はノロウイルス・インフルエンザは発生していない。 マニュアルの定期的な見直しは、年度末に行う予定である。		
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。	a ・ (b) ・ c
〈コメント〉 消防計画書の中の「防火・防災対策委員会構成表」に責任体制が明記され、災害対策についても記載されている。計画書の中に緊急連絡網があり、連絡網に沿って安否確認連絡を行う体制がある。食料の備蓄は給食会社に委託・依頼しており、委託業者が管理リストを作成して、厨房内倉庫で備蓄品を管理している。訓練は年2回、総合訓練を施設全体で実施している。 利用者・職員の安否確認の周知状況を確認し、すべての職員が周知する取り組みが望まれる。		

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。	a ・ (b) ・ c
<コメント> サービスの標準的な実施方法については、「介護ケア」マニュアル」に排泄・入浴・おむつ交換・接遇等、項目毎に詳細に文書化されている。「介護ケア」マニュアルの中には、利用者の羞恥心の排除、個人の尊厳等とプライバシーの保護について明示されている。マニュアルに基づいた標準的な実施方法を周知する方策と、実施されているかを確認する仕組み作りが望まれる。		
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
<コメント> マニュアル委員会を設置し、年に１回サービスに標準的な実施方法を検証・見直すことを定めている。今年度末に検証・見直しを予定している。マニュアルに基づいて実施した職員からの意見を聴取し、委員会で検証し、随時の見直しに反映させている。マニュアルの検証・見直しについては、職員や利用者の意見・提案を反映させる仕組み作りが望まれる。		
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
<コメント> 計画作成担当者をサービス計画策定の責任者と定めている。利用希望時に把握した情報を記載した「相談記録」、契約後に各職種が記載する「入所退所判定書」等によりアセスメントを実施している。入退所判定書の医師・看護師・介護職員等の意見や居宅介護支援事業所のケアマネジャーによる居宅介護サービス計画書の情報を参考にアセスメントを実施している。「施設サービス計画書」及び「リハビリテーション実施計画書」を作成し個別具体的なニーズを明確にしている。「ケアプラン作成マニュアル」を整備し、マニュアルの手順に沿って関係職員の意見や、利用者の意向を踏まえてサービス計画を作成し、家族等の同意を得ている。計画に基づいてサービスを実施していることが、利用日ごとに記録する「通所リハビリテーション記録(連絡帳)」や特記事項があれば「介護記録」に計画に基づいてサービスを実施していることが記録されている。該当事例はないが、あればケアマネジャー・相談員・事務長等と相談して対応する仕組みがある。		
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
<コメント> 「ケアプラン作成手順」の「ケアプラン運用フローチャート」に、サービス計画の定期的な見直し・変更手順を明確化している。基本的には３ヶ月毎に計画作成担当者が各部署への聞き取りによるモニタリングを行い、サービス計画の見直しを行っている。見直した内容を、職員がいつでも手に取って見れるよう、利用者毎に見出しを付けて計画書とモニタリング記録をファイル化し、申し送り等でも周知を図っている。見直しに当たり、「脱水症状の防止」が課題として取り上げられた事例では、「水分摂取を促す」ことを計画に採り入れる等、課題があれば必要に応じて計画内容を変更している。緊急時にサービス計画を変更する場合の仕組みをマニュアル化することが望まれる。		

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
〈コメント〉 通所時の利用者の身体状況・生活状況を「通所リハビリテーション記録」に記録として残している。「通所リハビリテーション記録」に実施したリハビリ内容等が記録されており、計画に基づくサービスが実施されていることが確認できる。送迎前に通所リハビリ部門のみで朝礼を実施し、朝の申し送りとして伝達事項を連絡し、「申し送りノート」と共に情報が確実に共有できるよう取り組んでいる。また、特記事項については出勤職員が必ず見れるよう、赤字で記載したメモをデスク上に貼付している。月1回通所リハビリ部門の介護職のみで、フロアー会議を開催し、会議の内容を「デイフロアー会議議事録」に記録として残している。また、栄養士・理学療法士等各職種も参加して、部門横断でのリーダー会議を開催している。フロアー会議欠席者には、議事録を回覧している。課題等があれば業務終了後ショートミーティングを随時実施しているが記録は残していない。内容に応じて、利用者用「申し送りノート」と、職員用「申し送りノート」として2種を作成し、職員の捺印により情報の確実な共有を図る仕組みが整備されている。 記録マニュアルの整備や勉強会の実施などにより、職員間で記録に差異が生じない標準的な記録の仕方の工夫に取り組むことが望ましい。		
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
〈コメント〉 「個人情報保護規定」を定めている。毎年個人情報保護についての研修を実施し、また、誓約書への署名など、職員の理解と遵守に努めてる。個人情報の取り扱いについては契約書に明記し、契約時に利用者・家族に説明し、個人情報利用同意書で同意を得ている。 「個人情報保護規定」に、廃棄についての規程・個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法・記録管理の責任者を明記することが望まれる。研修内容に記録の管理も採り入れ、周知を図ることが望まれる。		

A 内容評価基準

A-1 支援の基本

	第三者評価結果
A-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。	a ・ (b) ・ c
A-1-② 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。	(a) ・ b ・ c

特記事項

居宅介護支援事業所のケアマネジャーからの情報、利用開始時の「相談記録」で利用者についての情報を把握している。サービス計画立案時に、相談記録から、また、日々の送迎時等での個別のコミュニケーションから把握した意向をサービス計画書に反映させている。合同で行うプログラムは、レクレーション担当職員が週単位で企画を立案し、実施内容を「業務日誌」に記録として残している。個別には、リハビリの時間以外に、ぬりえ・パズル・クイズ等複数のメニューを曜日別に準備して、利用者の趣味・興味等に沿った個別性を重視した活動への参加を支援している。地域行事への参加はないが、季節的な外出は事業所内に、前もって案内を掲示して希望者は参加している。可能な限り参加希望を聞き取り、レク活動等に参加できるよう支援している。

利用者一人ひとりに応じたサービス実施が行えているかを関係職員で検討した経過と結果を記録に残す仕組み作りが望まれる。敬老の日に保育園児や玉すだれ等のボランティアの来訪はあるが、今後は、曜日が異なる利用者也平等に楽しめるよう、多彩化を図る取り組みが望まれる。

送迎時や通所サービス利用中等様々な機会を活用し、目線の高さを同じにしてコミュニケーションづくりに取り組んでいる。利用者の状況に合わせて、男性職員・女性職員が分担して利用者の思いや意向を聞き取る場合もあり、聞き取った内容は「介護記録」に記録として残し、計画に反映させている。目や耳に障害がある人には、介助時の声かけ等を計画に採り入れ支援している。接遇マニュアルを整備し、接遇の基本的な言葉遣い、言葉かけ方法などが明文化されている。接遇スローガンを掲示して共有を図っている。勉強会年間計画に盛り込み、接遇委員会が毎年継続的に研修を実施している。会話の不足している利用者には随時声かけに努め、連絡帳に機会づくりの実施を記載している事例を確認した。日常的に話しやすい雰囲気づくりに努めている。

A-2 身体介護

	第三者評価結果
A-2-① 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	(a) ・ b ・ c
A-2-② 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	(a) ・ b ・ c
A-2-③ 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a ・ (b) ・ c
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	a ・ (b) ・ c

特記事項

・基本的に自立度の高い入浴方法、入浴形態を採り入れている。また、利用者の心身の状況に合わせ、計画に機械浴での介助を採り入れている。浴室入り口や特浴と一般浴の間にカーテンを設置し利用者の尊厳や羞恥心に配慮している。また、介護技術の研修で入浴介助の方法等を学んでいる。入浴を嫌がる人には無理強いせず、本人の意思を尊重し、声かけや対応を工夫している。職員が浴室の設備の安全確認・湯温の確認、塩素濃度の確認を毎日行っている。脱衣室にはエアコンが設置されており、室温管理を行っている。

入浴の際は事前に室内を温めるように配慮されている。入浴後は全員、常温のお茶、摂取出来ない人にはお茶ゼリーを提供している。また、肌の乾燥等スキンチェックを行い、異常があれば保湿剤等の持参を家族に連絡している。塗布等の処置を行ったことを連絡帳、介護記録に記載している。来所時に、血圧・体温・脈拍等バイタルチェックを実施し、事業所が設定している基準に合わせて入浴の可否を判断し、基準外であれば入浴中止としている。浴室に段差に滑り止めを設置し、脱衣時の安全確保の為脱衣室に椅子を準備している。浴室には機械浴・個浴・一般浴の設備が用意されており、利用者のADLに合わせて入浴することができる。シャワーチェアや手すり、滑り止めマット、シャワーキャリーなどの介護機器が設置されており、個々の状態に合わせた入浴方法が実施できている。バスマットは個別に取り替えており、衛生面にも配慮がされている。一般浴の場合、外部2人内部2人の職員配置を行い安全確保に努めている。利用者間で特別なこだわりがある人は先順での入浴を配慮している。感染症がある人はシャワー浴で対応している。家族から、動作に関しての相談があり理学療法士が助言を行っている。助言した内容は記録として残している。

・排泄チェック表を作成し、排泄介助の方法が一覧で分かるよう取り組んでいる。出来るだけ自立した排泄が出来るよう支援している。排泄の自立の意向に対し、計画に採り入れ支援している事例を確認した。排泄チェック表の備考欄に、留意点を記載し、必要に応じ尿や便を観察し健康状態の確認を行っている。トイレは全て個室でプライバシーに配慮されており、同性介助が必要な利用者は随時同性で対応している。排泄サイクルを把握することで利用者個々にあった排泄の声かけを行っている。外部の業者が入り、定期的に清掃している。消臭剤や消臭スプレーを利用し、衛生面や臭いに対して配慮がなされている。便座には保温機能がある。また、館内はエアコンで空調管理している。手すりが全てのトイレに設置されており、利用者の残存機能を生かした安全な介助に取り組んでいる。基本的小憩・パッド等は来所時に持参してもらっているが、忘れた人には事業所で準備しているものを使用してもらっている。おむつ交換はベッド上で行い、清拭と皮膚の観察を行っている。受診の必要性があれば家族に情報提供を行って受診をすすめ、記録として残している。トイレに行きたい等の希望の表出があれば、出来るだけ早く対応できるように取り組んでいる。家族に安全な排泄に向けた助言・情報提供を連絡帳を活用して行い、家族から排泄状況に関する報告を受けている。

・利用者の心身の状況を一覧化した書類を作成し、自立を促すような言葉かけや利用者個々に合った福祉用具の活用により、理学療法士と連携し、移乗や移動の自立に向けた働きかけを行っている。利用者全員のリハビリ内容や状態をカンファレンスを通して全職員が情報共有できる機会を設け、移乗・移動・車イス介助時は安全に配慮した支援に取り組んでいる。理学療法士の助言を得ながら、毎月利用者全員を対象にリハビリに関するカンファレンスを実施し、「リハビリテーションカンファレンス記録」を作成し、使用している福祉用具が利用者の状況に適合しているか記録を基に確認している。デイケア用車イス等について、毎月点検を行っている。全体が見守れるような形で机の配置がなされ、移動の希望にできるだけ早く対応できるようにフロアに職員が配置されている。フロアの椅子や机の位置を検討し、利用者が安全に移動できるように導線が確保され、また、介助を行う際は周囲の安全確認を行っている。全館バリアフリー化されており、デイケアのフロアも椅子や机の設置場所の配慮がされており移動しやすい環境になっている。杖や歩行器、車いすが準備され整備されている。利用者のADLに合わせた自立を促す言葉かけや介助が実施されている。家族等に理学療法士が、自宅での杖の使い方等を、連絡帳や別紙に絵図に示して助言している。

利用者の送迎時に関する留意点・注意事項を、送迎車に備え付けている「送迎一覧表」に追記するなどの工夫が望まれる。

・褥瘡防止マニュアルを作成し、標準的な実施方法を定めている。褥瘡予防のために、適宜姿勢の変換・保持に努めている。主治医の指示に沿って、外用剤の塗布等予防的処置を行う仕組みがある。毎年1回実施するマニュアルに基づいた介護技術の研修の中の、移動・移乗・体位変換に関する項目で、傷や皮下組織にずれが起きない介助方法について職員への周知を図っているが、褥瘡予防や対応方法についての勉強会は実施していない。発赤・表皮剥離等を発見した時は、連絡帳で家族に情報提供を行い受診をすすめている。褥瘡予防・対応方法について研修や個別の指導等を行い、職員の周知を徹底する取り組みが望まれる。

A-3 食生活

	第三者評価結果
A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	㉠・ b ・ c
A-3-② 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。	a ・ ㉡ ・ c
A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a ・ ㉡ ・ c

特記事項

・「相談記録」に、アレルギーや嗜好を記録している。施設の管理栄養士が食事の時間帯にラウンドし、利用者の摂食状況や好み等を観察・聞き取りした内容をノートに記録している。給食会社が事前に提出する献立案に、施設の管理栄養士が把握している利用者の摂食状況や好み・希望を電話で伝え、献立に反映させている。季節感や献立の変化など、施設からの要望も電話で伝え、反映状況も含めてノートに記録している。利用者のアレルギーや好みを栄養士も把握し、代替え食や選択メニューに反映させるようにしている。定期的に行事食が提供されており、弁当箱を使うなど内容に応じた盛り付けや食器を使用している。温冷配膳車を使用し、適温で食事提供できるようにされている。音楽を流し、雰囲気作りに配慮している。食事の席は利用者の意向を訊いたり、仲の良い利用者同士が同席になるように配慮している。

・普通食・一口大・刻み食・極小刻み食・ミキサー食・トロミ付けなど利用者の咀嚼・嚥下能力に合わせた食事形態で提供している。利用者の状態に合わせた自助具を利用したり、自宅から使い慣れた自助具を持参してもらい、できる限り自力で、自分のペースで食事ができるように支援している。残存機能を引き出すように職員が言葉かけを行っている。クッションやモジュール型車いすを利用し、座位姿勢を安定させている。また、クッションに滑り止めシートを利用し座位を安定させている。食事摂取量は全員把握している。水分摂取量は水分制限のある人や脱水時に発熱する人等配慮を必要とする人について把握している。把握した内容は通所リハビリテーション記録（連絡帳）に記録として残し、家族に連絡している。管理栄養士が「栄養スクリーニング」を作成し、看護師や医師と連携し、栄養面・形態に配慮した食事提供を行い、食事箋で状況に応じた対応を行い、経口での食事摂取が継続できるように取り組んでいる。食事・水分摂取状況について連絡帳を活用して、助言や情報提供を行っている。

誤嚥事故に対する対応手順は看護業務マニュアルに明記されているが、職員全員が実践できる取り組みが望まれる。

・昼食前には口腔機能の維持・改善を図るために食前体操や口腔体操を実施している。介護技術研修で口腔ケア手順について研修を行っている。利用者の意向を確認して口腔ケアを実施している。誤嚥のリスクの高い利用者については介護職員や看護師が口腔内の確認を行っている。また、口腔内に異常がある場合は、連絡帳に記載したり、送迎時に家族に伝えている。フロアの一角に洗面台が設置されており、自由に利用できるようになっている。

口腔清掃の自立度を把握し記録する仕組みが望まれる。自立度に応じた口腔ケアの一覧表を作成し、必要な場合には利用者の状態に合わせて口腔ケアの計画を立案することが望まれる。

A-4 認知症ケア

	第三者評価結果
A-4-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a ・ (b) ・ c
A-4-② 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	a ・ (b) ・ c

特記事項

・相談記録」の「認知症」欄や、長谷川式スケールでの認知症レベルを基に、利用者一人ひとりの認知症状の把握に努めている。認知症利用者が呈する周辺症状について、毎回観察を行い介護記録に記録として残している。ユマニチュード介護法の研修を行い、支持的・受容的な支援に努めている。レクリエーションでの作品作りや手作業の中で、それぞれの役割が持てるよう支援している。ユマニチュードを勉強会に採り入れ、認知症ケアについて新しい知識・情報を得られるように取り組んでいる。現在、重い周辺症状を呈する人はなく、検討事例はない。送迎時の乗車中のみ、安全上への配慮から車イスベルトで固定しているが、来所時の日常生活の中では抑制・拘束は行っていない。自宅での認知症状に対する対応方法等、必要に応じて、助言・情報提供を連絡帳や送迎時に行っている。通所サービス利用日毎の身体状況や生活の様子等を連絡帳で家族に伝えている。また、家族からも連絡帳で情報を得てケアの方法を共有している。

認知症状について、定期的に、標準的な書式を用いて再アセスメント・評価を実施することが望まれる。また、周辺症状についても、医療スタッフ等との連携の下で分析を行い、支援に反映する取り組みを期待する。精神活動の活性化などに配慮し、個別の症状に合わせた活動を継続的に行うことが望まれる。必要に応じて、認知症高齢者の家族支援のための社会資源を紹介する取り組みを期待する。

・廊下、共用スペース等は必要な物以外は置かず、整理されており、バリアフリーのスペースを確保している。職員を利用者の見守りが行える場所に配置し、利用者が安全に自由に行動できる環境に工夫している。薬品等危険物は、利用者の手が届かない高い場所に保管している。異食・火傷などの事故防止のため、整理整頓を行っている。共用スペースでは、認知症の症状に応じて、テーブルの配置や座席に配慮している。

トイレ・風呂等、表示はされているが、認知症高齢者にもわかりやすい工夫が望まれる。

A-5 機能訓練、介護予防

	第三者評価結果
A-5-① 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 ・ (b) ・ c

特記事項

利用者一人ひとりに、3ヶ月毎に「リハビリテーション実施計画書」を作成し、実施状況を実施記録で確認して毎月モニタリングを行い、次の計画に結び付けている。機能訓練が必要な利用者に対しては、3ヶ月毎に「個別機能訓練実施計画」を立案し、筋力トレーニング・有酸素運動等を落とし込んでいる。介護予防の利用者には3ヶ月毎に体力測定を実施し、モニタリングを行って効果を評価している。事業所での一日の流れの中に、ぬりえ、計算問題・クイズ等の脳トレを採り入れ、レクリエーション前に口腔体操を実施している。体操やレクリエーション、手芸などの機能訓練を意図的に実施している。希望があれば「空いている時間の歩行訓練」等を採り入れ、経過記録の特記事項欄に実施したことを記録として残している。利用者の趣味などを踏まえ、工作や体操、脳トレーニングなどの訓練に主体的に取り組めるようにしている。本人の希望に応じて、自主トレーニングのサポートをしている。利用者の状況に応じて、理学療法士から指導・助言を受けている。認知症状の早期発見の該当事例がなかった。

A-6 健康管理、衛生管理

	第三者評価結果
A-6-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	a ・ (b) ・ c
A-6-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	(a) ・ b ・ c

特記事項

・送迎時に家族に利用者の心身の状況の確認を行い、また、到着時に血圧・体温・脈拍等のバイタルチェックを実施し体調の変化の確認を行っている。急変時や送迎時の異変に対してフローチャートを作成し、利用者の体調変化時の対応手順を定めている。通所リハビリテーション記録「服薬欄」にチェックを入れて、服薬確認を行っている。基本的には、到着時にバイタルチェックを行い、通所リハビリテーション記録（連絡帳）に記録として残している。体調に異変があれば記録に残し、家族に報告している。送迎時マニュアルに沿って、送迎時に家族から体調等を把握している。到着時にバイタルチェックを行い、到着時やサービス利用中に異常があれば、利用中や終了時に再度バイタルチェックを行っている。結果は通所リハビリテーション記録（連絡帳）に記録し、連絡帳で家族にも報告している。異常があった場合には、必要に応じて電話で居宅介護支援事業所に連絡し、記録に残している。

高齢者の健康管理・病気・薬・体調変化時の対応についての勉強会の実施が望まれる。

・感染症対応マニュアルを整備している。日常的には、職員の自主申告により把握しているが、インフルエンザの時期には体調を確認し、体調不良者には受診をすすめている。「職員の感染症発生時の就業制限」規則に沿って対応し、職員の家族に発生した場合は、濃厚接触者として規則に沿って対応している。インフルエンザ予防接種に関して、費用負担を支援している。感染症・食中毒について年2回研修を実施し、職員への周知を図っている。昼食前やおやつ前に手指消毒を行っている。冬場には加湿器を設置し、湿度温度管理を行い、季節性感染症の予防に努めている。受け付けカウンターに手指消毒剤を設置し、手指消毒について施設内の各所に掲示して、訪問者に知らせている。

A-7 建物・設備

	第三者評価結果
A-7-① 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	a ・ (b) ・ c

特記事項

建物・設備の点検と問題点の改善については、担当業者に委託し定期的に行ってる。車いすについては毎月チェック表を用いて点検し、歩行器等他の備品については不具合発見時に対応している。室内はバリアフリーで自由に移動でき、照度に配慮したり、床を木目調にして安全で落ち着ける環境作りに配慮されている。ソファやベッドを設置し、休息できる環境に配慮されている。

利用者が、思い思いの場所で、快適に過ごせる工夫に取り組まれることが望まれる。

A-8 家族との連携

	第三者評価結果
A-8-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	a ・ (b) ・ c

特記事項

サービス利用日には毎回連絡帳で利用者の状況を報告し、必要があれば随時送迎時に口頭で報告している。家族へのサービス内容の説明は、サービス計画書作成時に行うと共に、必要時には随時行っている。送迎時・連絡帳などで家族から要望を聞き、把握した要望等は利用者用申し送りノートで共有している。必要時には連絡帳で相談を行っている。利用者の状況等報告が必要な事項は、「通所リハビリテーション記録（連絡帳）」で毎回報告している。家族の体調不良等については、ケアマネジャーに報告している。家族に対し、必要に応じて理学療法士がわかりやすい図解を交えて助言を行っている。利用開始時に、理学療法士が利用者全員の自宅を訪問し、「理学療法・居宅環境評価表」で手すり等設備や環境整備の必要性を評価し、家族に情報提供を行っている。

家族から把握した要望等は、内容に応じて個別の介護記録に残すことが望まれる。家族との相談を定期的に行う機会を設け、記録として残すことが望まれる。家族の介護負担の軽減のため、家族の介護・介助方法を把握する仕組み作りが望まれる。

A-9 サービスの適切な実施

	第三者評価結果
A-9-① サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	a ・ (b) ・ c

特記事項

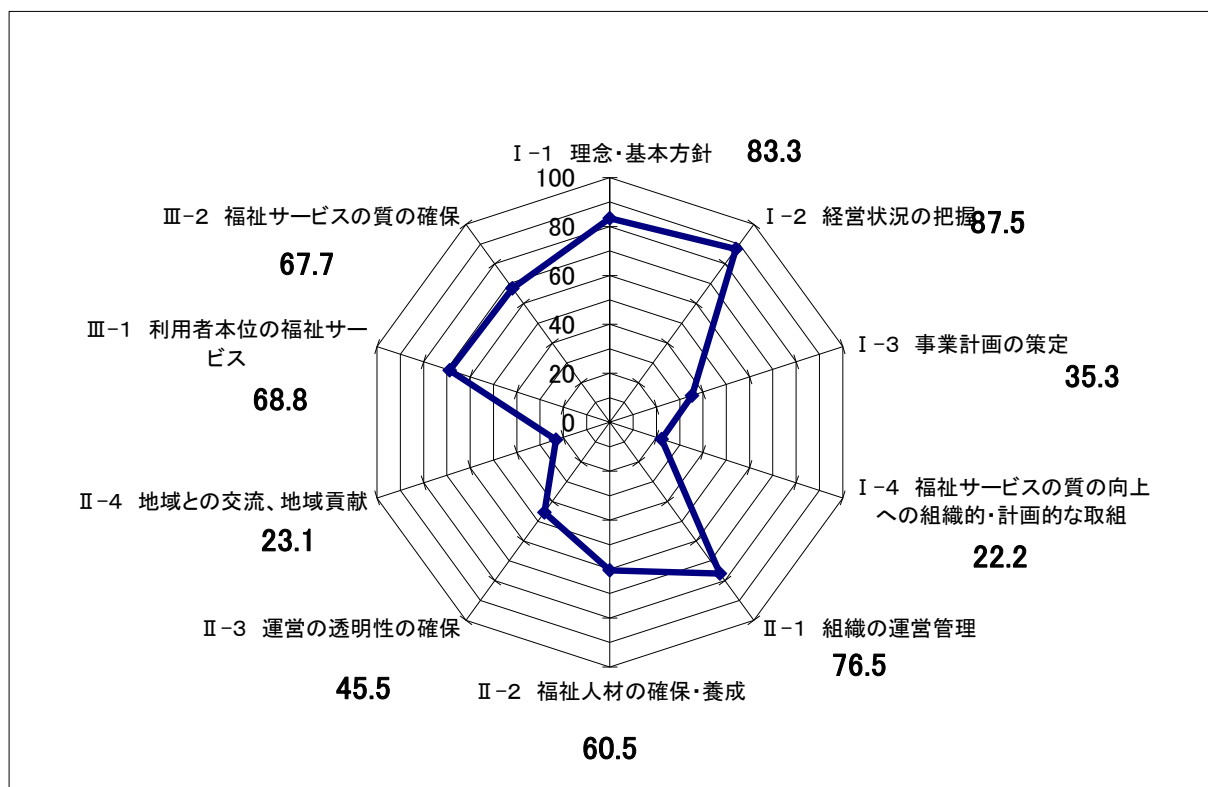
個々の利用者のサービスの実施方法については、「通所サービス計画書」のサービス内容欄に明示している。

意思疎通について、視力障害がある利用者に対し計画書に「声かけ説明し、不安を取り除く」というサービス方法を明示している。食事については、嚥下機能低下がある利用者に対して、計画書に「嚥下状態に注意して食事介助を行う」「悪化すれば速やかに医師に連絡する」というサービス方法を明示している。入浴については、課題として尿路感染防止をあげている利用者に対して、計画書に「機械浴による対応」「水分確保」等のサービス方法を明示している。排泄介助について、課題として尿路感染による発熱防止をあげている利用者に対して、「定期的な排泄介助」「身体の清潔保持」等のサービス方法を明示しているが、紙おむつでの対応をベッド上で実施する等、具体的な明示に至っていない。身だしなみ・清潔保持についての、該当事例は確認できなかった。機能訓練については、利用者個々に「リハビリテーション実施計画書」を作成し、個別のサービス内容を明示している。心理面については、年齢的に若く心理的な課題がある利用者に対して「他者に関わりを持って気分転換を図る」というサービス内容を明示している。

「通所サービス計画書」を基に、利用者一人ひとりについて支援計画を作成し、サービスを個別・具体的に実施するための方法を明示することが望まれる。

I ～ III 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	6	5	83.3
I-2 経営状況の把握	8	7	87.5
I-3 事業計画の策定	17	6	35.3
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	9	2	22.2
II-1 組織の運営管理	17	13	76.5
II-2 福祉人材の確保・養成	38	23	60.5
II-3 運営の透明性の確保	11	5	45.5
II-4 地域との交流、地域貢献	26	6	23.1
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	44	68.8
III-2 福祉サービスの質の確保	31	21	67.7



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1 支援の基本	17	15	88.2
2 身体介護	42	40	95.2
3 食生活	22	18	81.8
4 認知症ケア	17	12	70.6
5 機能訓練、介護予防	6	5	83.3
6 健康管理、衛生管理	16	14	87.5
7 建物、設備	6	4	66.7
8 家族との連携	8	6	75.0
9 サービスの適切な実施	7	5	71.4

A 達成度

