

(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 医療法人 青仁会 介護老人保健施設  
ナーシングホームひだまり

評価実施期間 平成27年8月26日～平成28年2月8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10月1日現在]

事業所名称：(施設名) 医療法人青仁会 介護老人保健施設ナーシングホームひだまり	サービス種別：通所リハビリ
開設年月日：平成2年12月1日	管理者名：池田 志保子
設置主体：医療法人 青仁会	代表者職・氏名：理事長 池田 徹
経営主体：医療法人 青仁会	代表者職・氏名：理事長 池田 徹
所在地：〒893-0024 鹿児島県鹿屋市下祓川町1853番地	
連絡先電話番号：0994-41-1200	FAX番号：0994-41-1727
ホームページアドレス	Eメールアドレス
<a href="http://ikedahp.com">http://ikedahp.com</a>	<a href="mailto:hidadamari@ikedahp.com">hidadamari@ikedahp.com</a>

#### 理念・基本方針

##### 理念

私たちは、笑顔と真心で最良のケアサービスをお届けします。

##### 基本方針

- ・心のこもった対応でご利用者との信頼を築く
- ・教育・研修を推進し、自己研鑽による質の向上に努める
- ・個人のニーズに合わせたリハビリテーションの提供により在宅生活を支援する

#### 【施設・事業所の特徴的な取り組み】

通所リハビリテーション計画に基づいて、理学療法、作業療法および言語療法その他必要リハビリテーションを行い、利用者の心身機能の維持回復を図り、利用者が一日でも長く居宅での生活を維持できるよう在宅ケアの支援に努める

#### [利用者の状況]

定員	80人	利用者数	157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)	10	27	62	53	5

#### 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)	0	7	21	40	46
区分	要介護3	要介護4	要介護5		
人数(人)	23	14	6		

[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		1			0.2	1人以上(兼務)
施設長		1			0.35	0.73人以上
副施設長		1			0.5	1人以上
管理栄養士		2			1	1人以上
理学療法士		7	1		4.1	0.8人以上
作業療法士		2			1.1	
言語聴覚士		1			0.5	
看護職員	2				2	1人以上
介護職員	16		5		19.1	8人以上
支援相談員	1				1	1人以上
マッサージ師		1			0.5	1人以上
事務		2			0.75	2人以上
前年度の採用・退職状況	採用	常勤	0 人	採用	非常勤	人
	退職	常勤	1 人	退職	非常勤	人
○常勤職員の当該法人での平均勤務年数					9.9 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					9.9 年	
○常勤職員の平均年齢					39.3 歳	
○うち直接処遇に当たる常勤職員の平均年齢					39.3 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26日(契約日)～平成28年2月8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

### ◇特に評価の高い点

☆理念・運営方針はパンフレット・重要事項説明書・ホームページに掲載され、事業所内の要所要所にも掲示し、職員・利用者・利用者家族にもわかりやすく説明されている。

☆「信用ある対応でご利用者との信頼を築く」など3つのビジョンを設定し、顧客の視点・財務の視点・内部プロセスの視点・学習と成長の視点の4つの視点から成果目標を設定した中長期計画が策定されている。

☆中長期計画の目標達成のために、年次的に具体的数値目標も含め財政的裏付けのある計画が策定されている。

☆各種マニュアルが整備されていると共に、マニュアル通りのサービスが提供されていることを検証する仕組みがあり、福祉サービスの質の向上に積極的な取り組みがなされている。

☆土砂災害特別指定地域に該当することから、人命尊重と危険防止のために、公的整備を待たず自らの力で防護壁を設置するなど安全措置が講じられている。

☆利用者の自発的な共助活動などにポイントを付与するポイント制を導入し、利用者の意欲及びADLの向上が見られるようになっている。利用者は獲得したポイントを使って「お墓参りに行きたい」「外食をしたい」などの利用者の個別的な願いの実現が可能となっている。

### ◇改善を求められる点

☆利用者のサービス選択に便宜を図るために、事前に体験利用を受ける機会を設けるなどの工夫が望まれる。

☆第三者委員として地域の町内会長が選任され役職のみ記載されているが、利用者等が苦情・相談等連携が取れるように氏名、連絡先の掲載が求められる。

## 5 第三者評価結果

## 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

今回は自施設のサービスを改めて見直し、新たな気づきを得る良い機会となりました。特に地域貢献については努力が足りないと感じました。

評価項目に沿ったサービス内容に従い提供することで改善することを考えています。改善を求められる点である「体験利用」については、行政とも相談しながらできる範囲で実現していきたい。また、第三者委員についても現状に留まらず苦情・相談がし易くなるような工夫を考えていきたい。

全体としては概ね高い評価をいただきました。今後もこの評価を励みにして質の向上に取り組んでいきます。

# 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
<b>評価概要</b> 理念・運営方針はパンフレット・重要事項説明書・ホームページに掲載され、事業所内の要所要所にも掲示し、職員・利用者・利用者家族にもわかりやすく説明されている。		

#### 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
<b>評価概要</b> 国の制度改正や県・市の施策情報や地域のニーズを把握して、事業所機能の強みや弱み、環境要因や利用実態・収支の推移をデータ化して総合的に分析している。		
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
<b>評価概要</b> 経営環境や福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の評価分析結果から経営課題を抽出し、中長期的取組み、年次的取組み、日常的取組みに分類し推進されている。特に職員の資質向上・勤務環境の向上に力が注がれている。		

#### 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
<b>評価概要</b> 「信用ある対応でご利用者との信頼を築く」など3つのビジョンを設定し、顧客の視点・財務の視点・内部プロセスの視点・学習と成長の視点の4つの視点から成果目標を設定した中長期計画が策定されている。		
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
<b>評価概要</b> 中長期計画の目標達成のために、年次的に具体的数値目標も含め財政的裏付けのある計画が策定されている。		

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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>事業計画はビジョンを理念や運営方針に基づき推進するために、スタッフミーティング・職員会議での提案、リーダー会議や運営会議での協議、役員会での決定といったプロセスの中で策定され、計画に基づき推進されている。実施状況は、手順に従って月次、半期、年次的に評価され見直しがなされている。</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・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>制度改正に伴う「平成27年度通所リハビリ利用料金の変更」を映像を通して家族会で説明し、事業計画の主なものは施設長あいさつで説明されている。月々の行事計画等は事業所内に貼り出しをするとともに連絡帳等で伝えている。</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・c
<p>評価概要</p> <p>品質保証システムに基づき、手順書を作成し、実施内容についても定期的に評価する仕組みの下で実施されていたが、今回、第三者評価基準に基づく自己評価及び第三者評価を導入して更なる質の向上への取り組みがなされている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>顧客の視点・財務の視点・内部プロセスの視点・学習と成長の視点の4つの視点から設定目標に対する達成状況を分析し、職員の国家資格取得率100%達成など具体的改善策を立て実施されている。</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

		第三者評価結果
Ⅱ-1-1 (1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-1 (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・c
<p>評価概要</p> <p>管理者は、理念や運営方針を明示し、中長期のビジョンを示して事業遂行の先頭に立って推進している。職務権限表で各職員の職務分掌を文書化し、役割と責任体制を明示している。自衛消防組織表、非常災害時緊急連絡表にも指揮命令系統を明示し管理者としての任に当たっている。</p>		
11	Ⅱ-1-1 (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・c
<p>評価概要</p> <p>管理者は全国経営者協会、全国老人福祉施設協議会等関係団体の研修会に参加し、関係法令の研鑽をするとともに、職員研修会で介護・福祉関連法令・利用者の人権擁護・虐待防止等の徹底や、職員の労務管理法令の遵守・福利厚生推進、施設の安全管理等各種法令に基づく適正な実施を推進している。</p>		
Ⅱ-1-1 (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	Ⅱ-1-1 (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・c
<p>評価概要</p> <p>福祉サービスの基本となる職員の資格取得について、国家資格を全職員が取得することを目指し、現在85%まで到達している。サービスの質の向上については、手順書に基づき誰でも均質なサービスができることを基本とし、研修・教育制度の充実を図っている。その上で先進的な取り組みをしている国や事業所に職員を派遣し、研修を受けさせ、利用者の意欲向上を促進するポイント制の導入やダイバーショナルセラピーの実施など意欲的取り組みがなされている。</p>		
13	Ⅱ-1-1 (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・c
<p>評価概要</p> <p>財務については利用状況・月次報告から分析し、人事・労務面については、職員は目標カードにより、自ら高みへ挑戦する仕組みを採用し、人事考課制度の採用と相まって人を伸ばす運営が推進されている。</p>		

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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>育児休暇・看護休暇・介護休暇・事業所内保育園の設置・福利厚生制度充実・時間外勤務の最小化の推進、利用定員の8割程度のゆとりある運用、職員に将来像が描けるキャリアパス等により職員の定着率が極めて高い状態にあり、人材養成機関との実習受け入れなど人材確保・定着が計画的に遂行されている。</p>		
15	Ⅱ－２－（１）－② 総合的な人事管理が行われている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>期待する職員像が理念・基本方針より明確にされ、目標管理制度や人事考課制度が定められており、職能による評価がなされ、職員は自らの将来像を明確にしながら、業務に従事できる仕組みがある。</p>		
Ⅱ－２－（２） 職員の就業状況に配慮がなされている。		
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・c
<p>評価概要</p> <p>有給休暇の取得の推進、時間外勤務ゼロなどや育児休暇、看護休暇、介護休暇制度の充実が整備され、事業所内保育園も開設され働きやすい職場づくりがなされている。健康診断、インフルエンザの予防接種、メンタルヘルスなど健康管理にも配慮した仕組みを作り上げ、管理者等幹部職員による個別面接相談も年2回定期的実施され、個々の職員に応じたワーク・ライフ・バランスに配慮した取組にも配慮がなされている。</p>		
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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>全職員の国家資格取得や、職能別の技能向上に向けた研修参加や資質向上の研修計画も設定されている。職員一人ひとりには、目標カードに組織目標と整合性のある自己目標を設定し、管理者や上席職員と相談しながら目標達成ができるようサポートされ、上半期・年度末に達成状況の評価もなされ職員の資質向上に取り組んでいる。</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・c
<p>評価概要 期待する職員像や資格・技能水準が明示され、研修やOJTが実施されている。新規採用職員には個々の力量により約6ヶ月間先輩職員が指導訓練に当たるようにしている。年間研修計画が設定され実施状況・効果について評価・検討されている。</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。	a・Ⓑ・c
<p>評価概要 職員には、随時研修案内メールが送付され、それぞれの自己判断で研修機会を活かすことができるようになっている。職員個々の研修計画のリスト化はされていないが、職員個々への自発性を促すようになっており、資格取得者には表彰等も行われている。</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・c
<p>評価概要 専門職種に応じた実習プログラムを整備し、福祉サービスに関わる専門職養成校や学生からの要望を積極的に受け入れ、実習・教育訓練をしている。養成校や実習担当教員との綿密な連携の中で目的に沿った実習を遂行できる工夫がなされている。</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・c
<p>評価概要 利用者アンケートの公表や事業の運営状況などについてはパンフレット・広報紙「I-Style」「ひだまり新聞」やホームページ・ブログ等で公表している。第三者評価も今年度実施し公表予定となっている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 事業所における事務、経理、取引等に関する職務分掌と権限・責任が明確にされ、それぞれの担当者が役割に基づいて実行する仕組みができています。公認会計士による定期的な会計の点検・指導がなされ、法人運営会議で収支報告・協議・決定されている。職員には会議の議事録が公表され誰でもその内容を確認できるようになっています。</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。	a・(b)・c
<p><b>評価概要</b> 利用者と地域との交流について、事業所への多彩なボランティアの受け入れや、利用者が事業所内で自立した行動により獲得したポイントに応じ、利用者が希望する外食や買い物などへの支援を行うなどユニークな取り組みがなされている。今後、個々の利用者の状態に応じた地域との交流を広げる取り組みが期待される。</p>		
24	Ⅱ－４－（１）－② ボランティア等の受け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><b>評価概要</b> ボランティアの受け入れについて基本姿勢がマニュアルに明示され、体験学習や保育園・女性団体・芸能グループ等々多彩なボランティアが交流している。</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><b>評価概要</b> 通所施設としては、ゆったりとした構造設備になっており、災害時の緊急避難等の対応や救助受け入れ活動等施設機能や職員機能を活かす取り組みがなされている。地域の町内会等へ栄養士や介護福祉士・理学療法士等専門職が出前講座や、行政主催の「脳卒中を語る会」に講師を派遣するなど事業所の機能を地域に還元している。</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><b>評価概要</b> 公益的事業活動として、事業所の営業時間外に施設の機能訓練等の機器を提供しているが、利用実績としては今後への期待がかかる。地域の福祉ニーズのさらなる把握や、公益事業の取り組みに期待が望まれる。</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・c
<p>評価概要</p> <p>基本方針に、「心のこもった対応でご利用者との信頼を築く」と明記されている。また、職員の服務規律に「人格を尊重し親切丁寧を旨とし、責任を持って接遇すること。」と表現されている。新入職員に対しては、オリエンテーションで説明すると共に、管理職によるラウンドを毎日行い、基本的人権に反すると考えられる場合には、職員の人権に配慮しながら個別に指導を行っている。全職員が年1回倫理に関する研修を受講しており、各種マニュアルに、利用者尊重の姿勢が反映されている。</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・c
<p>評価概要</p> <p>新人研修マニュアルに権利擁護が明記され、プライバシー保護及び虐待防止の重要性を学ぶと共に、管理職のラウンドによる教育体制が確保されている。大浴場の更衣室、休養室にはカーテンが設置され、希望されれば個浴を利用できる。トイレ使用中は、職員が周知できる札やシールが使用されている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>ホームページ、月刊誌、広報誌、季刊誌及びパンフレットを作成し情報の発信に努めている。事業所内外の居宅介護事業所、地域包括支援センター、相談所に資料を配布すると共に、地域住民を招いて開催している「健康祭り」でも配布している。各種資料は写真を豊富に活用し、読み易い内容に工夫され、職員及び家族の要望に応じて見直しが行われている。施設の見学には希望に応じて随時対応している。</p>		
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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>サービス開始前に、写真入りのパンフレット、重要事項説明書、契約書を用いて、利用者・家族の理解力に応じた説明を行っている。意思決定が困難な利用者には家族及び介護支援専門員と共に説明を行うことがルール化されている。</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・c
<p>評価概要</p> <p>他の施設への移行時には新たな事業所、家族に情報提供書及びリハビリテーション実施計画書を渡し、サービス内容の継続性に配慮している。また、利用者・家族に対してサービス終了後の相談方法や担当者について文書での説明を行っている。</p>		

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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>毎年1月に家族会を開催し、利用者・家族の満足度を把握する機会となっている。利用者満足度調査は相談員が担当し、集計した資料を元に、職員全員で検討会を行っている。その結果、利用者のサービスの質の上昇に貢献する改善策が検討され、実践に繋げている。</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。		
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・c
<p>評価概要</p> <p>利用開始前に、サービス説明書に記載してある、相談・苦情の連絡先（相談員、管理者、第三者）について説明を行っている。受け付けた苦情・相談に対しては毎日開催している夕方のミーティングで公開し、改善策を検討すると共に、利用者・家族に連絡している。その内容が利用者に共通の問題である場合には了解を得た上で掲示し、公表している。</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。	a・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>相談苦情の担当者である相談員、管理者の氏名及び連絡先は事業所の玄関に掲示してあるが、第三者については役職のみの記載となっている。また、ご意見箱が設置され、匿名での相談・苦情に対して配慮されている。日常的には、送迎の時やサービス提供場面時に利用者・家族に対して、積極的に言葉かけを行うと共に、連絡帳を活用して相談・苦情を受け付けている。また、個別の相談場所としては、相談室を設置し活用している。</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・c
<p>評価概要</p> <p>苦情処理対応についてのマニュアルがフローチャート形式で策定されており、見直しが行われている。意見箱や、送迎時、サービス提供場面及び連絡帳等を通して寄せられた相談・苦情に対しては、当日のミーティングで検討し、改善策を連絡している。その結果は、相談ノートに記載され、職員全員で共有化している。また、第三者委員は地域の町内会長であるため、事業所側は日常的な連携が図られている。</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。		
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・c
<p>評価概要</p> <p>安全管理委員会を設置し、毎月、委員会を開催している。ヒヤリ・ハット及びインシデント・アクシデント報告は、毎日のミーティングで発生要因を分析し、改善策・再発予防策を検討している。委員会では事例を収集し、更に発生要因を深く分析し、改善策・再発防止策の実施方法を検討している。その再発防止策の評価は他の部署の安全管理委員会が実施し、指導を受けている。年に2回、職員全員参加し、安全確保・事故防止に関する実技を交えた研修を行っている。緊急時対応マニュアルが制定され、定期的に評価・見直しが行われている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要：感染症マニュアルが策定され、感染症・食中毒の予防と発生時の対応が明記されると共に、責任と役割の管理体制が整備されている。感染委員会が設置され、毎月開催され、感染症、食中毒に関する検討が行われている。年に1回、感染症及び食中毒の予防と発生時の対応に関する実技を交えた研修会が開催されている。マニュアルは年に1回は見直しが行われている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 立地条件から土砂災害特別指定区域に指定され、耐荷構造の算定を実施し、平成25年に500万円の自己費用で防護壁が設置されている。災害発生時の連絡先、避難先、避難方法が明記された防災マニュアルが策定され、食料や備品等の備蓄リストが作成されている。利用者の名簿が作成され、安否確認の方法が定められ、全職員に周知している。自衛消防組織を設置し、防災計画を策定すると共に、年2回、消防署、警察、町内会と連携して防災訓練を行っている。</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・c
<p>評価概要 提供されるサービスに関するマニュアルが策定され、実施時には利用者尊重、プライバシー保護の姿勢が明記されている。マニュアルは定期的に見直しが行われ、改訂されている。管理職によるラウンド及び職員同士の観察により、マニュアルに沿わないサービスが提供されている場合には、職員の尊厳に配慮しながら、個別に指導を行っている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 マニュアルの検証・見直しは運営委員会で、年に1回行っている。事前にリーダー会議を開催し、職員、利用者、家族からの意見や提案をミーティング及び職員会議、委員会で検討された案件を集約している。改定時には改訂日を記載し、最新版を保管している。</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・c
<p>評価概要</p> <p>サービス実施計画書策定の責任は相談員と理学療法士が担っている。独自のアセスメントの様式が作成され、興味・関心チェックシートにより利用者のしていること、してみたいこと、興味があることをADL、IADL、人との交流、社会参加、趣味等、具体的なニーズを明示している。各職種参加のサービス担当者会議の後、カンファレンスで情報を共有化し、計画書を作成している。初回利用時に計画内容に変更が必要な場合は再評価し、修正している。問題がなければ3ヶ月以内に再評価を行っている。計画通りのサービスが提供されていることを責任者が確認している。</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。	㉠・b・c
<p>評価概要</p> <p>マニュアル通り、3ヶ月毎に見直しを行うことが定例化している。サービス担当者会議を利用者の自宅で開催し、利用者・家族の意向を確認し、同意を得ている。見直しによってサービス実施計画が変更となった場合にはカンファレンス及び申し送りノートで職員に周知している。毎日のサービス提供の中でPDCAサイクルの過程が恒常的に取り組まれている。</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。	㉠・b・c
<p>評価概要</p> <p>契約書、個人情報保護規定及び通所カルテファイリングに記録要領が記載されている。当日提供されるサービス内容は、利用者別に貼付された一覧表が作成され、その結果は実施一覧表及び連絡帳に記載されている。利用者に関する情報は毎日のカンファレンス、申し送りノートで職員に共有化されている。パソコンのシステムが共有化され、その活用により業務の効率化が図られている。</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。	㉠・b・c
<p>評価概要</p> <p>個人情報保護に関する規定及び個人情報の廃棄処理に関する規定を策定し、利用者の記録の保管、保存、廃棄、開示に関する取り扱いを定めている。記録管理責任者として施設長及び相談員を定めている。職員に対しては毎年、個人情報保護と記録の管理について全職員参加の研修を行っている。利用者、家族に対しては利用契約書及び約款を用いて説明を行い、動画や写真利用も含めて了解を得ている。</p>		