

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

名称： 介護老人保健施設 サンライズ 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： 大西 奉文	定員（利用者人数）： 110 名
所在地： 兵庫県加古郡稲美町国安1237	
TEL 079-496-5211	ホームページ： <a href="http://www.hoshikai.or.jp">http://www.hoshikai.or.jp</a>
【施設・事業所の概要】	
開設年月日： 1997年7月1日	
経営法人・設置主体（法人名）： 医療法人社団 奉志会	
職員数	常勤職員： 17 名 非常勤職員： 24 名
専門職員	(専門職の名称) 4 名 看護師 2名
	(※理学療法士・作業療法士)
施設・設備の概要	(居室数)
	(設備等)

## ③理念・基本方針

- <理念> ・その人らしさを支援していきます。  
 ・在宅生活を総合的にサポートしていきます。  
 ・身体拘束廃止に努めます。  
 ・健康な状態を維持できるよう努めます。  
 ・地域のニーズに応える努力を行います。

## &lt;基本方針&gt;

利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活が営むことが出来るよう、利用者に対し適切なサービスを提供する。

## ④施設・事業所の特徴的な取組

自宅の生活環境にあったリハビリを提供する。  
 看護サービス量が多い利用者にも対応が可能である。  
 介護老人保健施設の強みを活かし、入所・ショートステイにも迅速に対応できる。

## ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 28 年 9 月 26 日 (契約日) ~ 平成 29 年 3 月 1 日 (評価結果確定日)
評価受審日	平成28年 11月25日・12月14日
受審回数	初 回

## ⑥総評

## ◇特に評価の高い点

## 組織の運営管理

法人で各種規定を整備し人事・労務・財務管理を行い、定期的なエリア会議で事業計画の進捗を確認しながら、運営管理に取り組んでいる。事故防止リスクマネジメント・身体拘束廃止・感染予防対策・給食・接遇・苦情対策等、各種委員会を設置し、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。特に、接遇委員会では「接遇ルールブック」を作成し、利用者尊重のための行動指針を明示し、施設内勉強会を通して職員が理解し実践するための取り組みを行っている。接遇コンサルタントによるラウンドを実施し状況の把握を行い、接遇委員会で評価を伝え課題があれば委員会で検討し改善に取り組んでいる。

## 人材育成体制

人事考課制度を採り入れ、階層に応じて目標を設定し目標管理を行う仕組みが構築されている。法人内新人研修・階層別法人共通研修・施設内研修・外部研修が、計画的に実施され、職員の資質向上に取り組んでいる。研修委員会が設置され、各種委員会や専門職種が担当し、充実した内容で施設内研修が実施されている。また、OJTを実施し、スキルアップ確認シートで習熟度を確認する仕組みもある。キャリアパス制度で昇格のための資格要件を定めており、将来の姿を描く仕組みがある。

## 自立支援に向けた取り組み

利用者の心身の状況、ADL、家族の意向等を把握し、個別具体的な「通所介護計画書」を作成し、実施状況についてリハビリカンファレンスで確認し、トイレ・食事・一日の過ごし方など出来ることは自由に行い、自立に配慮した援助を行っている。ラジオ体操・個別リハビリ・集団リハビリ等、複数のプログラムを設け、自立・活動参加への動機づけを行っている。習字・塗り絵・作品作り・計算ドリル・まちがい探し・脳トレなど、利用者の興味・関心事をチェックシートで把握し、参加への動機づけを行っている。書道・傾聴ボランティア、中学生や幼稚園児・地域住民の参加や協力を得て活性化している。買物週間を月1回、歩行訓練に位置づけ、買い物外出も実施している。

## ◇改善を求められる点

## 中長期計画の策定と事業計画への取り組み

理念の実現に向け、中長期的な目標や課題解決への取り組みを明示した中長期計画を策定することが望まれる。中長期計画をもとに事業計画を策定し、職員に周知し、職員参画の下計画的に取り組む、実施状況を定期的に把握して評価を行い、評価結果に基づいた計画を見直す仕組みづくりが望まれる。また、事業計画の主な内容については、利用者・家族にわかりやすく周知する工夫を期待する。

## サービスの質向上に向けた組織的な取り組み

人事考課制度を導入し、職員個々の自己評価と上位者評価を定期的実施しているが、組織として定められた評価基準に基づいた自己評価を行い、取り組むべき課題を明確にし、職員間で共有し、職員参画のもとで改善計画を策定し取り組む仕組みづくりを期待する。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この度、第三者評価を受けて、サービス提供に当たっての書類管理、感染等のリスクに対しての書面におけるルールとの整合性などの重要性を改めて認識できよかったです。ありがとうございました。

## 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>  奉志会哲学・奉志会信条を基にサンライズの施設理念を明文化し、ホームページに掲載し、玄関にも掲示している。奉志会哲学・奉志会信条は、法人の使命や目指す方向を示している。サンライズの施設理念は、職員の行動規範となるような5項目の具体的な内容となっている。入職時のオリエンテーションで説明し、職員への周知が図られている。パンフレットや利用案内に掲載し、契約時に説明するなど、利用者・家族への周知を図る取り組みを期待する。また、スタッフルームなど常に職員の目に触れる場所への掲示や、会議や研修で定期的に振り返る機会を設ける等、理念を周知する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>  奉志会グループのエリア会議を月に1回開催し、社会福祉事業の動向や地域の各種福祉計画・地域での経営環境や課題に関する情報を把握し分析している。エリア会議には、各事業所から管理者層が参加し、事業所ごとのトレンド表を基にコスト分析や利用者の推移・利用率の分析を行っている。		
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>  月に1回開催するエリア会議に各事業所の管理者層が参加し、経営課題や問題点を明確にしている。エリア会議・エリア長会議には法人の理事も参加し、課題について共有している。エリア会議で抽出した課題は、施設の課長会議で事業所の管理者層に、デイ会議で事業所の職員に周知している。経営課題について、事業所で解決や改善に向けての具体的な取り組みを行い、経過を議事録などに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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人として中長期的なビジョンに基づいて運営しているが、計画として文書化するには至っていない。 理念の実現に向け、中長期的な目標や課題解決に向けた取り組みを明示した中長期計画を策定することが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>単年度の事業計画を策定している。事業計画は「収支計画」と「運営計画」からなり、「収支計画」は詳細な項目に分けて、具体的な数値目標を設定している。「運営計画」は、「運営上の課題」「今期目標」「課題解決及び目標達成のための具体的施策」の項目に沿って、具体的な計画策定を行っている。 事業計画は、中長期計画と連動性が明確になることが望まれる。また、「運営上の課題」「今期目標」「課題解決及び目標達成のための具体的施策」の整合性をとることが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画はデイ会議で職員の周知を図っている。「収支計画」については毎月のエリア会議で事業所ごとに状況の把握を把握し評価されている。年度末に、評価にもとづいて事業計画を見直し、次年度の計画に反映している。 事業計画は、職員に周知し、職員参画の下計画的に実施に取り組み、実施状況を定期的に把握して評価を行い、評価結果に基づいた計画の見直す仕組みづくりが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画の利用者・家族へ周知する取り組みには至っていない。 事業計画の主な内容は、事業所の目標や取り組みを伝えたり、参加を促す観点からも、利用者・家族に周知する仕組みづくりが望まれる。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>各種委員会を設置し、委員会ごとに目標を設置し、計画的にサービスの質向上に取り組んでいる。委員会の取り組みについては、課長会議で報告し評価する仕組みがある。定められた評価基準に基づいた職員個々の自己評価を年に2回定期的の実施している。職員の自己評価にもとづいて上位者評価を行い、組織として評価結果を分析・検討する仕組みがある。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>評価結果に基づき、接遇マニュアルの作成・外部講師による接遇研修等、改善の取り組みを計画的に行っている。 定められた評価基準に基づいた自己評価から、組織として取り組むべき課題を明確にし、職員間で共有し、職員参画のもとで改善計画を策定し、取り組む仕組みづくりを期待する。</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) 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>経営・管理に関する方針は、法人としては基本理念に、事業所としては事業計画書の中で明確にしている。「法人規程集」にある「職務権限表」で、管理者の責任や役割を含む職務分掌を文書化し、年度初め課長会議等で表明している。「事故発生時連絡網」フローチャートで、有事の役割・報告・指示ルートを明確にしている。 管理者が、自らの役割と責任について文書化し、組織内の広報誌や事業計画などに表明する取り組みを期待する。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、介護関係法令集・法人諸規定等を保管し、法令・既定の理解に努めている。集団指導への参加や、物品購入、修理時には「稟議規定」に沿って決裁する等、利害関係者と適正な関係維持に取り組んでいる。全国・兵庫県老人保健施設協会等の研修に参加し、法令・コンプライアンス等を学んでいる。また、法人内の管理者研修に参加している。産業廃棄物処理法等、環境への配慮も含む幅広い分野についての法令も把握し取り組みを行っている。高齢者虐待防止法・個人情報保護法等について研修を実施し、職員が遵守すべき法令について学ぶ機会を設けている。</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
<コメント>  年2回利用者満足度調査を実施し、リハビリに特化したアンケートも実施している。調査結果について分析を行っている。満足度調査の分析結果に基づいて、フロア会議で課題を抽出し、改善策を検討している。議事録を職員休憩室に掲示し、周知を図っている。接遇苦情対策委員会を設置し、施設内研究発表会、県老人保健施設協会等でQCへの取り組み等を発表している。日々の申し送り・フロア会議等で職員の意見を把握・集約し、課長会議で改善策等の検討しサービスの質の向上に取り組んでいる。法人内研修、施設内勉強会を年間計画に沿って実施し、外部研修に参加する機会を設け、サービスの質向上に向け研修の充実を図っている。		
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>  毎月、法人本部から、収益・管理費・人件費・稼働率等のデータが提供され、課長会議・エリア会議で事業所ごとに詳細な分析・改善策の検討を行っている。資格・等級に沿った人員配置をエリア会議で決定して行っている。希望する勤務時間調整、コルセット貸与・車通勤のための駐車場の拡大整備等、働きやすい環境整備に努めている。今後、介護ロボットの導入等を検討している。エリア会議・課長会議・フロア会議・申し送り等、組織を通して業務改善、経営改善についての伝達事項を周知している。組織内に、業務改善・経営改善のための各委員会や各会議が構築されており、管理者もそれぞれの活動に参画している。		

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>  法人としての人材確保・育成に関する基本的な考え方をホームページ等に掲載している。指定基準以上の専門職等を配置した職員体制を、組織図等に明示している。グループ内での適時適切な配置転換、また、法人として、介護職員初任者研修参加や介護福祉士資格取得を奨励する等、計画に基づいた人材の確保や育成が実施されている。学校訪問・ハローワーク・ホームページ・人材派遣会社・求人チラシ配布・職員紹介制度の採り入れ等を活用して採用活動を行っている。		
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>  法人の理念に沿って、期待する職員像を社訓で明確にしている。人事考課制度を採り入れ、人事考課制度の「等級運用規定」で人事基準を明確にしている。人事考課に関する規定は、入職時や変更時に説明会を開催し、規程集を事務所に設置している。人事考課制度の仕組みの中で、階層に応じて目標を設定し、半期ごとの自己評価・一次考課・二次考課・管理者のフィードバック面接を通じて、評価・分析・改善策の検討・実施に向け取り組んでいる。外部コンサルタント、他事業者の採用広告、ハローワーク等から情報を得て、処遇水準の評価、分析を行っている。個別面談等で把握した意見等をエリア会議に提案し、中途採用者の処遇改善等を実施している。キャリアパス制度で昇格のための資格要件を定めており、将来の姿を描く仕組みがある。		

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。	(a) ・ b ・ c
<コメント>  「職務権限表」「稟議書の回付と決裁権限について」で、人事・労務管理に関する責任体制を明確にしている。時間外勤務については、電子カードで把握し、法人本部へデータを提供して職員の就業状況を管理している。有給については管理者が決裁し、公休残、有給取得状況等を管理している。健康診断・腰痛検査を、定期的実施している。インフルエンザ予防接種は、パート職員を含め全員に接種を義務づけ、費用は法人負担としている。法人として、ストレスチェックを実施し、高ストレス者は産業医への相談を勧めている。年2回の定期面接の他、管理者が相談窓口となり日常的に個人面談を行う仕組みを設けている。時間単位有給制度・勤務時間調整等を職員の希望により採り入れている。時間単位有給・柔軟な勤務体制の採り入れ・保育所の設置等を行い、ワークライフバランスに配慮した取り組みを行っている。基準を上回る人員配置、健康・ワークライフバランスに配慮した取り組み等により、働きやすい職場づくりに努め、職員の離職率は低い。		
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>  人事考課制度の仕組みの中で、階層に応じて目標を設定し目標管理を行う仕組みが構築されている。管理者と年2回定期的に個別面談の機会を設け、個人目標を設定している。取り組み内容等の目標について、上期・下期の期限を設定している。半期ごとに個人面談を行い、相互に目標に対する進捗状況や達成度等を確認し次年度の目標設定に繋いでいる。		
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>  法人が社訓として明示している3項目の期待する職員像に沿って、組織として期待する職員像を人事考課シートで明確にしている。組織図に、組織が職員に求める理学療法士・看護師・相談員等の専門職種、資格を明示している。法人共通研修を階層別に年間計画に沿って実施している。施設内研修が年間計画に沿って実施され、実施報告書で報告されている。外部研修は出張報告書を作成して、報告会を実施している。報告書を基に、研修委員会が「研修及び報告会連絡表」を作成し、次年度研修計画に反映させている。		
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>  法人本部で、専門資格の取得状況、経験年数等を把握し、一括管理している。新任職員には、法人共通研修で「新入職員採用時研修」を実施している。研修後にOJTを実施し、「スキルアップ確認シート」で習熟度を確認している。法人として「階層別法人共通研修計画」を作成して、階層別の研修機会を設けている。職種別には外部研修受講の機会を設けている。外部研修の受講案内は、個別に情報提供を行っている。施設内研修は勤務時間外に実施し、外部研修は事業所として必要な研修は出張扱いとして、それぞれ時間外手当や受講費用の支給等について旅費規程で定めている。外部研修は職歴・経験年数に応じて参加者を指名し、研修受講機会の公平性確保に努めている。		

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>(b)</b> ・ c
<コメント>  リハビリ関係の実習生を受け入れているが、マニュアルの作成には至っていない。養成校のプログラムに沿って実習を実施している。養成校とのカリキュラム調整は、担当者間で行っている。養成校とは、事前調整や協議、実習実施中に養成校から巡回指導があり、中間・最終カンファレンスを実施して実習内容の達成状況等を話し合っている。 実習生受け入れマニュアルを整備し、基本姿勢など必要な項目を明示することが望まれる。また、実習指導に当たる職員に対して研修を行い、適切で効果的な実習を行う体制づくりを期待する。		

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。		
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>(b)</b> ・ c
<コメント>  ホームページで理念・基本方針、提供する福祉サービスの内容等を公開している。事業計画・報告、予算決算情報の公開には至っていない。ホームページに、理念・基本方針等を掲載し、パンフレットを地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・病院等に配布している。「サンライズだより」に、運動会等事業所の活動内容等を掲載している。介護教室の案内状を作成し、自治会に配布している。また、iPadも活用して情報提供を行っている。 今回の第三者評価の受審結果はWAMNETで公表を予定している。苦情、事相談体制、内容や改善、対応の状況についての公表については、検討中である。		
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。	<b>(a)</b> ・ b ・ c
<コメント>  経理規定等法人の諸規定を規程集としてファイル化し、職員がいつでも見ることが出来るよう事務所内に設置している。職務権限表で役割、責任を明確にし、職員に周知している。法人として、外部コンサルタント、顧問弁護士等と委託契約を結び、内容に応じ相談して助言を得ている。助言等については、エリア会議を通じて課長会議で報告されている。法人及び事業会計状況等について、監事が定期的に内部監査を実施している。事業、財務等に関するチェックを外部コンサルタントに委託している。定期的に予算等財務等に関する報告・指導を受け、コスト削減等の経営改善に取り組んでいる。		

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。	<b>(a)</b> ・ b ・ c
<コメント>  地域とのかかわり方について、法人は「誰もが安心して暮らせる地域づくりに貢献します」を、事業所は「地域のニーズに応える努力を行います」とホームページ等で明確にしている。稲美町広報誌や他市町広報誌等を玄関に設置し、地域行事や福祉情報等を掲示板に掲示している。他部署からの応援支援を得て、地域の花火大会や支援学校の運動会に参加している。保育園児や中学校ブラスバンドが来訪する等、地域と定期的に交流する機会を設けている。買い物週間を設けたり、個々の状況に合わせリハビリを目的とした外出等を実施している。		



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>b</b> ・ c
<p>〈コメント〉</p> <p>就業事業所のパン販売・支援学校生による清掃活動・高齢者ボランティア等、また、トライやるウィークの中学生ボランティアを受け入れているが、受け入れマニュアルの作成には至っていない。利用者との交流を図る留意点については、学校とは文書でかわし、受け入れ時に説明している。支援学校生・トライやるウィーク等を受け入れ、学校教育への協力を行っている。「ボランティア受け入れマニュアル」を作成し、受け入れ窓口・担当者や事前説明に関する項目、また、学校教育等への協力についての基本姿勢等を明記することが望まれる。</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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>〈コメント〉</p> <p>病院・居宅介護支援事業所・明石市事業所・ボランティア団体等利用者の状況に対応できる社会資源を目的別にリスト化し、データ保管している。職員はいつでもパソコン上で閲覧でき、共有している。事業者連絡会や社会福祉法人連絡協議会、兵庫県老人福祉施設協会、地域ネットワーク会議等に参加し、定期的に連絡会等に参加している。定期的に、関係機関の研修に参加し、共通の課題解決に向け取り組んでいる。町と防災協定を結んでいる。ケアマネージャー主催のサービス担当者会議・地域ネットワーク会議等で連携を図りながら、事業所としての役割を果たすべくネットワーク化に取り組んでいる。</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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>〈コメント〉</p> <p>自治会や婦人会等地域住民へ向けた介護教室を開催している。介護教室を始め初任者研修や小学生への職業案内、理学療法士による大学への出前講座等を実施し地域へ参加を呼びかけている。法人内で年間を通して入所相談室を開催し、ホームページでも相談窓口を設け住民が自由に参加できる支援活動を行っている。災害時の福祉避難所として町と協定を結んでいる。「琴池を愛する会」に参加し、定期的な清掃活動への参加や地域行事への協賛等、まちづくりに貢献している。</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>b</b> ・ c
<p>〈コメント〉</p> <p>介護教室等開催時に福祉ニーズの把握に努めている。民生委員もメンバーとなっている、ネットワーク会議でサロン活動等のニーズを把握している。また、見学に来所された時にも把握している。介護教室やホームページでの相談窓口等を通じ相談に応じる仕組みがある。居宅介護支援事業所やケースワーカー等と連携しニーズの把握に努めている。把握したニーズにもとづいて社会貢献にかかわる活動の実施を図っているが、現在は事例がない。今後の取り組みを期待する。</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
<コメント> 法人理念・施設理念に、利用者尊重を明示し、掲示などにより職員の周知を図っている。「接遇ルールブック」を作成し、利用者尊重のための行動指針を明示し、施設内勉強会を通して職員が理解し実践するための取り組みを行っている。各種介護マニュアルのサービスの標準的な実施方法に、利用者尊重の基本姿勢を明示している。各委員会が担当し、「接遇勉強会」「身体拘束勉強会」「虐待委員会」等の施設内勉強会を実施している。毎月接遇コンサルタントによるラウンドを実施し、状況の把握を行い接遇委員会で評価を伝えている。「スキルアップシート」に自己評価する項目があり、年に2回の自己評価と上位者評価により把握・評価する仕組みがある。		
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。	Ⓐ · b · c
<コメント> 「プライバシーポリシー」「個人情報保護規定」を策定し、各種介護マニュアルにも利用者のプライバシー保護について記載している。「高齢者虐待防止マニュアル」「身体拘束廃止マニュアル」を整備している。不適切な事案が発生した場合の対応方法等についても、上記マニュアル内に明記されている。マニュアル・規定類を各フロアに設置すると共に、施設内勉強会で職員の周知を図り、規定・マニュアルにもとづいたサービスの実施に努め、「スキルアップシート」等を用い定期的に評価を行っている。広い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、2個所のトイレも広く自由に利用できるようになっている。フロア内にはベッドが設置されており、スクリーンを利用し、他者の目を気にすることなく静養できるよう配慮している。プライバシー保護・権利擁護について重要事項説明書に明記し、契約時に説明し利用者・家族の周知を図っている。		
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。	Ⓐ · b · c
<コメント> 事業所のサービス内容や特性を紹介したパンフレットを、地域包括支援センター・グループ内施設等に設置している。パンフレットは言葉遣い・写真・図・絵を使用し、わかりやすく工夫されている。利用希望者には、見学や体験利用に対応し、説明時には質疑応答を交え個別に丁寧な説明を行っている。ホームページ・パンフレットの内容の見直しは、必要時に法人が行う仕組みである。		
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。	Ⓐ · b · c
<コメント> 利用開始時には、契約書・重要事項説明書・その他資料を用いて説明し、同意を文書で得ている。説明に当たっては、内容に応じた各種資料を作成し理解しやすいように工夫している。意思決定が困難な利用者への配慮については、身元引受人を定め適正な説明と運用を図っている。		

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>(b)</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス内容の変更やサービス終了時は、ケアマネジャーと連携し、利用者に不利益が生じないように配慮している。要請があれば文書や口頭により情報提供を行っている。重要事項説明書に明記した相談窓口を利用終了後の相談窓口としても設置している。利用終了時の手順や引継ぎについてマニュアルなどに定めることを期待する。サービス終了後の相談方法や担当者について説明した文書を、サービス終了時に手渡すことが望まれる。</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。	a ・ <b>(b)</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年2回利用者満足度調査を実施し、リハビリに特化したアンケートも実施している。利用者への面談は随時行っているが、定期的には実施していない。家族会を定期的に行い、職員も参加している。利用者満足度調査結果は、フロア会議で検討し具体的な改善を行っている。利用者への聞き取り調査等、利用者の満足度を把握する定期的な取組を期待する。</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。	a ・ <b>(b)</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決責任者・受付担当者・第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備している。対応の手順を含め、重要事項説明書に記載し、設置・配布している。年に1回アンケートを実施し、また、意見箱を設置し、苦情を申し出やすい工夫を行っている。苦情内容・対応について「苦情受付票及び改善報告書」に記録し、「家族への説明」欄にフィードバックも記録している。提供する「お茶」についての苦情を改善に反映し、文書で伝えた事例がある。苦情委員会を設置し、苦情相談内容をサービスの質の向上に反映する仕組みがある。苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物の掲示が望まれる。</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 ・ <b>(b)</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>重要事項説明書に、相談窓口として支援相談員2名を明示し、その他公的な相談窓口も記載している。また、センター内に職員紹介として、職員の顔写真と名前を明示し相談相手を選べる仕組みもある。連絡ノート・送迎・意見箱等、複数の相談方法を設けている。プライバシーを確保できる会議室・施設内の相談コーナー等、相談しやすく意見を述べやすいスペースを確保している。相談相手や方法を複数から選べる仕組みがあることを、わかりやすい文書の配布や掲示し周知することが望まれる。</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。	a ・ <b>(b)</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「相談受付マニュアル」を整備している。職員は接遇研修等で、相談しやすく意見を述べやすい対応についての理解を深め、サービス提供中や送迎時等に相談対応や意見の聴取に努めている。意見箱の設置、アンケートの実施により、意見の把握に努めている。相談・意見を把握した職員は相談員に報告し、対応結果を相談員が本人・家族・担当ケアマネジャーに報告している。また、申し送りのノートに記録し職員間で共有し迅速な対応に努めている。入浴時間帯の調整・タオルリース・音楽・書道・学習療法の採り入れ等、意見をサービスの向上に反映している。「相談対応マニュアル」の見直しは、年度末に予定している。</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。	(a) ・ b ・ c
<コメント> リスクマネジメントの責任者を施設長とし、「事故防止リスクマネジメント委員会」を設置し体制を整備している。「事故対応マニュアル」を作成し、事故発生時の対応手順をフローチャートで明示している。事故報告書・ヒヤリハット報告書の提出により、事例の収集を積極的に行っている。事故発生時には「事故防止カンファレンス」を行い、発生要因の分析・再発防止策の検討を行っている。カンファレンス用紙には「事故後評価」の欄を設け、必要時には再カンファレンスを実施している。また、毎月の「事故防止リスクマネジメント委員会」は、事故・ヒヤリハット事例を、発生場所・時間帯・要因等別にデータ化し再発防止に努めている。施設内研修の年間計画に位置付け、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。27年度は「事故とヒヤリハット」研修を行い、28年度も予定している。		
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> 感染症対策の責任者を施設長とし、「感染予防対策委員会」を設置し、管理体制を整備している。「感染症防止マニュアル」を作成し、設置と研修で職員に周知を図っている。委員会が中心となり、施設内研修の年間計画に位置付けて、感染症予防・安全確保について研修を実施している。28年度は、「感染症とは・手指衛生について」「ノロウイルス」「インフルエンザ」の研修を実施している。委員会で感染症予防対策通信の掲示、マスク着用・検温・うがい・手洗いの励行、職員体調不良時の早めの受診等の啓発や注意喚起を行い、また、手指衛生月間手洗いチェックカードの使用など、感染予防策を講じている。感染症の発生した場合には、感染者の隔離・嘔吐物の適切な処理など、適切な対応を行っている。「感染症防止マニュアル」は、委員会の年間計画にも挙げ、看護師長が中心になって1年に1回行っている。		
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している。	(a) ・ b ・ c
<コメント> 「防災マニュアル」を整備しているが、現在、より現状に即した内容を検討し、マニュアルの見直しを行っている。耐震性を検討した設計になっており、福祉避難所としての協定を結んでいる。利用者の緊急連絡先を2か所以上把握し、また、職員についても緊急連絡網を作成し、安否確認の方法を決めている。1年に2回、施設合同で総合訓練を実施し、消防署に報告している。27年度は2回実施し、28年度も実施の予定である。稲美町福祉避難所連絡協議会に参加し、町健康福祉課危機管理課と連携し、「災害対応マニュアル」の作成を検討している。備蓄については、入所施設と一緒に職員食堂の一角に保存して賞味期間など、栄養士が管理しているが、その他については検討中である。		

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>各種介護マニュアルを整備し、標準的な実施方法を文書化し、その中に利用者の尊重やプライバシーの保護について明示している。「おむつ交換」「食事介助」「移動移乗」「体位変換」「口腔ケア」などを、施設内研修の年間計画に位置付け職員に周知する機会を設けている。「スキルアップ確認シート」に「マニュアルに決められたルール・手順に守った介助が行える」という項目を設け、自己評価・上位者評価を行い、確認する仕組みがある。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>マニュアルは委員会が中心に見直しを行っているが、時期・手順を定めての定期的な実施には至っていない。日常の業務の中でマニュアルの変更事項が生じた場合はその都度職員から委員長に提言している。委員会で職員の意見をもとに、見直している。今年度の介護マニュアルの見直しは年度末に予定している。時期・方法を決めて、全マニュアルを年に1回定期的に見直しを行い、見直し履歴などに記録する仕組み作りが望まれる。</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。	a · b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>通所リハビリテーション計画策定の責任者をセンター長としている。「フェイスシート」「訪問報告書」を用いてアセスメントを行っている。リハビリテーションカンファレンスを開催し、様々な職種の関係職員が参加してアセスメントのに関する協議や計画書策定の合議を行っている。リハビリテーションマネジメントⅠの利用者については3か月に1回リハビリテーションカンファレンスを、リハビリテーションマネジメントⅡの利用者については月に1回、6か月後からは3か月に1回リハビリテーション会議を開催し、計画通りにサービスが実施されているかを確認する仕組みがある。現在、支援困難ケース事例はない。通所リハビリテーション計画書は、「現在の生活状況」「今後の生活目標」「援助内容」の構成になっており、ニーズが明示する仕組みが明確になっていない。「現在の生活状況」欄に、ニーズも明示するなど、統一した方法でニーズを明示することが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>計画書の種類に応じた定期的な見直し時期に、利用者・家族・関係職員が参加してリハビリテーションカンファレンスを開催し、計画の評価を通所リハビリテーション計画書の「評価」欄に記入し、見直し後の計画に反映している。見直しによって変更した計画については、申し送りで伝達するとともに、パソコンのシステム内でいつでも確認できる仕組みになっている。サービス実施計画の策定・見直しについて、緊急に変更する場合の仕組みも含め、フローチャートなどを活用した手順書を作成することを期待する。また、計画の見直し時には、各項目ごとに、サービスの実施状況・目標の達成度・利用者家族の満足度・「継続・変更・終了」の評価を明示するモニタリング様式と、再アセスメント様式を工夫し、モニタリング・再アセスメントの実施後にカンファレンスを開催し計画の見直しを行う仕組みづくりが望まれる。</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>b</b> ・ c
<コメント>  利用者の身体状況や生活状況はフェイスシートの様式により把握し記録している。利用時については、各種チェック表に記録し、個人記録に反映している。システム入力による記録であり、記録担当職員を定めて記録していることから、記録方法については共有し大きな差異が生じない仕組みになっている。日々の申し送り、申し送りファイルの確認、パソコンのネットワークシステムにより、情報が的確に伝達され、共有できる仕組みが整備されている。フロー会議・各種委員会を開催し、部門横断で情報共有を行っている。 「通所リハビリテーション計画書」の機能訓練については、個人記録から実施状況を確認できるが、他の項目について確認する仕組み作りが望まれる。		
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>a</b> ・ b ・ c
<コメント>  「プライバシーポリシー」「個人情報保護規定」を整備している。記録の管理責任者はセンター長としている。入職時の新人研修で、記録の管理も含め個人情報保護について研修を行っている。入職時に守秘義務について説明し誓約書を交わしている。また、「スキルアップ確認シート」に「コンプライアンス」の項目を設け、定期的に自己評価・上位者評価を行い確認している。契約時に、個人情報取り扱いについて利用者家族に説明し、同意書で同意を得ている。		

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。	Ⓐ ・ 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。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

利用開始時に利用者の心身の状況、ADL、家族の意向等を把握し、「フェイスシート」に記録している。把握した利用者の意向は「通所介護計画書」に明記し、毎月サービスの実施状況についてリハビリカンファレンスで確認して利用者に応じたサービスが提供できているかを検討する仕組みがある。トイレ・食事・一日の過ごし方など出来ることは自由に行い、自立に配慮した援助を行っている。習字・塗り絵・作品作り・計算ドリル・まちがい探し・脳トレなど、自発的に行われている。ラジオ体操・個別リハビリ・集団リハビリ等、複数のプログラムを設け、自立・活動参加への動機づけを行っている。利用者の興味・関心事をチェックシートで把握し、参加への動機づけを行っている。書道・傾聴ボランティア、中学生や幼稚園児・地域住民の参加や協力を得て活性化している。買物週間を月1回、歩行訓練に位置づけ、買い物外出も実施している。利用者・家族の状況や意向を確認し支援している。

コミュニケーション能力についてはフェイスシートで把握し、利用時や送迎時に聴きとった思いや希望は、申し送り簿に記載し共有している。コミュニケーション障害のある利用者には筆談や家族からの情報・本人の表情から希望・要望をくみ取り、個別の対応を工夫してコミュニケーションに努めている。言語聴覚士の介入もある。接遇委員会があり、接遇研修やルールブック回覧等で、言葉遣いや接遇に関する認識を持って利用者に接している。会話が不足しがちな利用者には、職員から意識的に声かけを行っている。配席にも配慮し、利用者同士もコミュニケーションがとれるように工夫している。

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。	Ⓐ ・ 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。	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ c
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	Ⓐ ・ b ・ c

## 特記事項

利用開始時に利用者の状況や意向を確認し、個々に応じた入浴形態・方法を介護計画に挙げ入浴支援を行っている。利用者の尊厳や羞恥心への配慮は入浴マニュアルに沿って支援している。浴室はフロアの奥にあり、廊下を行き交う人からは見えにくい場所にある。浴室内の温度調節は脱衣所・浴室はエアコンで空調管理が行われ、パネル表示で確認している。湯温は温度調節されているが、入浴前に体感確認を行っている。入浴後はウオーターサーバーで水分補給を行い、水分チェックしている。ウオーターサーバーは自由に使用し水分保給できるようにしている。入浴を拒否する利用者については、声かけや対応方法を話し合い、個々に合った方法で支援している。保湿クリームや軟膏の塗布は、家族の希望や医師の処方ものを持参し、看護師が塗布している。到着後のバイタルチェックの結果で看護師が入浴の可否判断を行い、入浴不可の場合は清拭に切り替えている。自力で入力できる場合でも、安全のための見守りを行っている。一般浴槽・特殊浴槽・個浴槽、また、キャリー浴車・シャワーチェア等を整備し、利用者の状態に合わせた安全な入浴ができるよう整備している。感染症や、順番等入浴に対するこだわりがある利用者には、個別の配慮・支援を行うようにしている。連絡帳や送迎時に、入浴についての助言・情報提供を家族に行っている。また自宅訪問時や担当者会議で必要に応じてケアマネジャーにも、報告し情報を共有している。

利用者の身体状況・使用する排泄用品等は「フェイスシート」で把握してプランを作成している。理学療法士の判断にもとづいて、計画の評価・見直しを定期的実施し、自立に向けた支援を行っている。排泄チェック表で、尿や便を観察し健康状態の確認を行っている。トイレの便座の左右の補助バーは、健側・患側に合わせ使用できるようになっている。排泄が自立していない利用者・声かけや誘導が必要な利用者については、利用者の状態に合わせた介助・見守りを行い、利用者の尊厳や羞恥心への配慮を行っている。フロアに隣接した共用トイレは清掃、温度調節も行き届き、車いす使用時でも十分な広さのスペースが確保されている。個々の状態・状況に合わせた介助、見守りを行い転倒に配慮しながら実施されている。おむつなど排泄用品は自宅からの持参であるが、必要に応じて事業所が提供できるようにサイズなどをそろえて準備している。おむつ交換の一連の流れとしてマニュアルで共有し、皮膚観察・清拭を行っている。排泄パターンを把握したトイレ誘導や訴えがあった場合の誘導など、できるだけ早い対応に努めている。排泄時の状況を理学療法士が確認し、自宅での手すりの位置や立ち位置等について、利用者・家族に助言指導している。また自宅訪問時や担当者会議で必要に応じてケアマネジャーにも、報告し情報を共有している。

移乗・移動の自立度や使用している福祉用具は「フェイスシート」で把握している。個々の状況に応じて、通所介護計画・通所リハビリ計画に採り上げて、自立に向けた働きかけを行っている。使用している福祉用具が利用者に合っているかを、理学療法士が確認し、不備がないかも常時点検しているが、点検表は作成していない。移動に介助が必要な利用者は移動しやすい席を用意して、要望には迅速に対応できるように努めている。各テーブルの間隔は広く、車いす移動の際も他の利用者の安全にも配慮している。広いフロアはバリアフリーになっており、移動に支障をきたす物品などは整理され、安全に移動しやすくなっている。福祉用具選定は理学療法士が見極め適性を確認している。歩行器・杖・4点杖・T字杖等用意している。理学療法士が、家庭での安全な移乗、移動に関しての助言や福祉用具の利用についての情報提供を行い、必要に応じて、ケアマネジャーに報告している。

各福祉用具に必要なチェック項目に沿った点検、点検の結果や修理・調整を記録する点検表の工夫が望まれる。

褥瘡予防マニュアルを作成している。褥瘡の対応が必要な利用者については「通所介護計画書」に挙げ、座位変換や姿勢の変換に注意し支援している。皮膚の処置が必要な時には、家族からの要請を受けて持参した軟膏を看護師が入浴後に塗布している。傷や皮下組織の損傷が生じている場合は、ポジショニングに注意し介助している。褥瘡委員会が主催した施設内研修で「褥瘡予防に関する研修」を、年3回実施している。褥瘡の経過は写真で記録として残している。褥瘡経過や助言についての情報提供は看護師からケアマネジャーを通じて家族に報告・連絡する仕組みがある。



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。	Ⓐ ・ b ・ 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

利用開始時に利用者の好みや食物アレルギーについて聞き取り、献立に反映させている。季節・行事などを考慮して管理栄養士が献立を作成し、毎月開催の給食委員会で検討している。食事は選択メニューになっており、毎回職員が検食して、検食簿に記入している。残食や聞き取りで利用者の希望や好みの把握に努めている。食器や盛り付けにも工夫している。調理場は同建物の一階にあり、調理・盛り付けした食事を直接配膳して適温で提供している。座席については、利用者の好みの場所で自由に食事時間が過ごせるように配慮している。音楽を流すなど、雰囲気作りも工夫している。安全に食事摂取ができるよう周囲に気を配りながら、食事介助の必要な利用者には1対1で職員が介助している。

利用開始時に「フェイスシート」で利用者の食事形態・食事動作・嚥下状態等を把握し、食事提供時は食事形態を食札に記載して、利用者一人ひとりの現状にあわせた支援を行っている。施設で自助具を用意しているが、自宅から使い慣れた自助具を持参してもらい、職員が言葉かけを行い、できる限り自力で自分のペースで食事できるように支援している。食事中も見守りを行い、座位姿勢を安定させている。誤嚥や誤飲などの緊急時に備え吸引器を設置している。研修の中で食事中の事故について対応方法を周知するとともに、吸引器を設置し緊急時は看護師が対応している。食事の摂取量をチェックし、連絡帳に記載し家族に報告している。また水分摂取については、1日5回の提供を日課として行い、ウォーターサーバーをフロアに設置して自由に飲むことが出来る。水分制限のある利用者は水分摂取量をチェックしている。食事摂取量の減少が見られた場合等は、連絡帳や送迎時に家族に報告し、言語聴覚士の助言を受け、連携しながら経口での食事摂取が継続できるように対応を検討している。連絡帳で家族に食事量を報告し、必要があれば食事についての助言・情報提供を行っている。リスクがあれば、家族に説明の上、同意を得て希望の食事提供を行っている。必要に応じてケアマネジャーにも、報告・連絡している。

利用開始時に口腔ケアの自立度を、「フェイスシート」で把握し、口腔ケアの必要な利用者の一覧表を作成して支援している。口腔機能向上管理加算を取っている利用者は、「管理指導計画書」を作成して実施し、3ヶ月に1回評価・見直しを行っている。口腔ケアに関する研修は、年間計画に入れて毎年実施している。利用者の状況や家族の要望に応じて、一覧表を作成し、口腔ケアや義歯の洗浄を支援し、口腔内の状態は言語聴覚士がチェックしている。事例は少ないが、口腔ケアに関して利用者・家族に助言や情報提供を行い、必要に応じてケアマネジャーに報告している。

言語聴覚士等により、定期的に口腔状態や嚥下機能をチェックする仕組み作りが望まれる。現在、口腔体操は行っていない。口腔機能を保持・改善するため、口腔体操等を行うことが望まれる。

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>b</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。	<b>a</b> ・ b ・ c

特記事項

日常生活能力・残存能力は、「フェイスシート」を用いて、周辺症状などについては裏面特記事項記入欄に記載している。買物やゲーム・作品作り・おやつ作り・洗い物・おしぼりたたみ等、日常生活の中でそれぞれの役割が持てるように工夫している。カラオケやパズル・テレビ鑑賞等、多種のレクリエーションの機会を設け、利用者の状況に応じて個別・集団で継続的に参加できるように支援している。「身体拘束防止に関するマニュアル」を策定し、やむを得ず実施する場合の手順きについても明記されている。身体拘束廃止委員会も設置している。サービス利用時の様子を、連絡ノートや送迎時に家族に伝え、より良いケアの方法を家族と共有できるように努めている。また、必要に応じて利用者・家族に助言や情報提供を行い、必要に応じて、ケアマネジャーに報告・連絡している。

周辺症状を呈する利用者の状況や対応については、要点はシステムに入力し連絡帳に反映し、詳細は申し送りノートに記載し職員間で共有する仕組みである。特に認知症対応棟の利用者については、一定期間の観察と症状に合わせたケアについて、詳細な記録を時系列にたどれる記録様式が必要である。また、医療スタッフ等との連携のもとでの周辺症状についての分析や支援内容の検討についても、記録に残すことが望まれる。認知症実践者研修・外部研修で、認知症ケアについての最新の知識を学び、職員に伝達する仕組み作りを期待する。認知症高齢者の家族会等家族支援のための会や、その他社会資源を家族に紹介した事例はない。

広い通所リハビリスペースには必要な物以外は置かず、異食・火傷などの事故防止のため、整理整頓を行っている。また、利用者個々の状態に応じてテーブルの配置や座席に配慮している。バリアフリーのスペースは利用者が安全に自由に行動できる環境である。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。認知症の症状や利用者の状況に応じて別棟があり、少人数で家庭的な環境で穏やかに過ごされている。フロアの一角にはベットを設置して、利用者の体調に合わせて自由に静養することもできるようになっている。トイレ、浴室は表示があり、わかりやすくなっている。

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。	<b>a</b> ・ b ・ c

特記事項

理学療法士が、利用者個々の状態や能力を評価し個別機能訓練計画を策定し、実施・評価・見直しを行っている。移動・トイレ移乗・入浴・買い物外出等、日々の生活動作の中で、機能訓練・介護予防活動を行っている。平行棒・階段昇降・等、自主トレーニングメニューも作成し、利用者が主体的に訓練できるように工夫している。自宅でもできる自主トレーニングメニューも作成している。長谷川式スケールや認知症スケールを用いて、また、利用中の活動から評価し、認知症状の早期発見に努め、必要に応じてケアマネジャーに報告している。

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

利用日の体調等について送迎時に家族に確認し、朝のミーティング・「申し送りノート」で職員間で共有している。利用開始時に朝のバイタルチェックを行い、体調変化の早期発見に努めている。必要に応じて、再検や終了時のチェックを行っている。体調変化時の対応手順についてはフローチャートで明示している。利用者の服薬については、持参した薬を看護師が配薬を行い、服用後の空袋を家族に返却し確認を行っている。利用者の健康状態は、「申し送りノート」「利用者記録」に記録し送り時に家族に報告している。異変があった場合には、家族・ケアマネジャーに連絡・報告し指示を受け対応している。

高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用、体調変化時の対応についての研修は、今後実施する予定である。

感染症・食中毒に対する予防対策や発生時の対応については、「感染症マニュアル」「事故発生時のフローチャート」に明示している。感染症発生時期は、タイムカード横に職員の体温の状態を記載し、職員の健康状態を確認するようにしている。また家族の発熱時も同様に対応しているが、対応方法の文書化はされていない。インフルエンザ等必要な予防接種については、施設が費用負担して職員全員が接種している。施設内研修で「感染症・手洗い研修」「ノロ・インフルエンザ研修」を実施し、外部研修でも学ぶ機会を設けている。玄関やエレベータ前に、手指消毒液（噴霧式アルコール）等を設置し、家族・来館者に呼びかけを行っている。

職員や職員の家族が感染症にかかった場合の対応方法を、マニュアル等に文書化することが望まれる。

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・設備は、外部の業者に委託して定期的に点検を行い、快適性・安全性の維持に取り組んでいる。備品についても、故障・不具合・汚れなどがあれば、管理者に報告し、適宜対応している。備品委員会も設置している。バリアフリーのフロアには、多人数でも座れる大きな机が配置され、隣人に気兼ねなくゆったりと過ごせるスペースである。フロアには機能訓練機や温熱機等を設置している。ベットを設置して、利用者の体調に合わせて自由に静養することもできる。フロアの一角に、ソファ・椅子を置き、思い思いに過ごせるスペースも設けられている。

備品の点検を定期的に行い、点検結果・対応について点検表などで記録に残すことが望まれる。

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>b</b> ・ c

特記事項

利用者の状況については、連絡帳や送迎時に定期的に報告し、緊急時や変化があった場合は、速やかに電話で状況を報告している。必ず伝達できるように、連絡先を複数把握するようにしている。サービス担当者会議やリハビリ計画見直しのための会議で、家族にサービスの説明をしたり要望・相談を聞いて、議事録に記録している。送迎時等には家族の心身の状況にも留意し、気があればケアマネジャーに報告している。ケアマネジャーと連携し、ショートステイの利用や利用回数の調整など、介護負担軽減のために配慮している。また、家族の介護方法を把握し、理学療法士・言語聴覚士が専門的な視点から助言を行っている。業者を招いておむつの当て方を研修する等、家族に対して介護研修を行っている。情報提供が必要な場合は、施設内の専門職や担当のケアマネジャーにつないでいる。  
 必要時、随時に受けた相談については、相談記録や相談受付簿表等に、記録を残すことが望まれる。

A-9 サービスの適切な実施

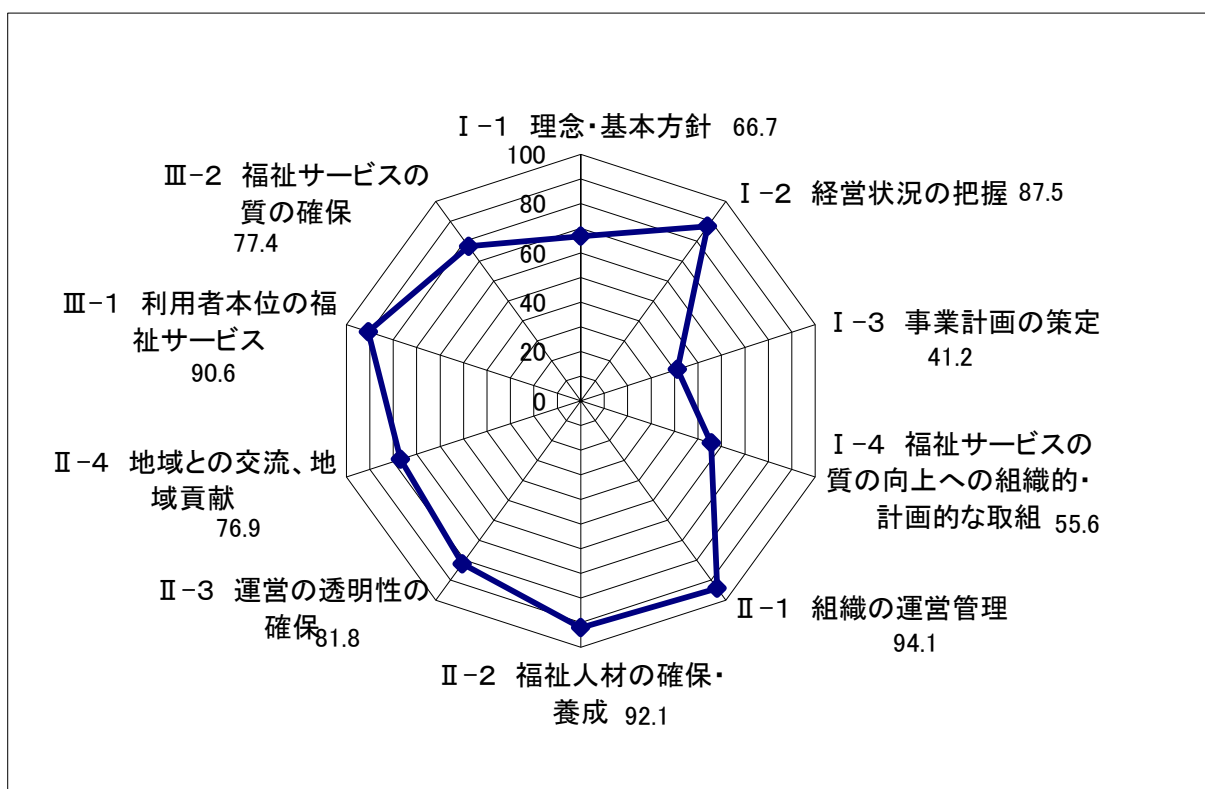
	第三者評価結果
A-9-① サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	<b>a</b> ・ b ・ c

特記事項

通所介護計画書の支援内容に、個別・具体的な実施方法や留意点が明示されている。  
 意思疎通について、失語症が見られる利用者にはジェスチャーで、個別・具体的なコミュニケーション方法が明示されている。  
 食事について、利用者の状態に応じた食事形態で食事提供をし・持参の自助具を使用して摂取を進める等、自立に向けた支援が明示されている。  
 入浴について、一般浴槽・特殊浴槽等状態に合わせた入浴介助や可能な限り同性介助で対応する等、個別・具体的な介助方法が明示されている。  
 排泄について、利用者の自立状況に合わせた衣服の上げ下ろしやトイレでの移動・移乗方法等、個別・具体的な介助方法を明示している。  
 身だしなみ・清潔保持について、自立支援など、個別・具体的な支援方法を明示している。  
 機能訓練について、「運動機能向上計画書」「個別機能訓練計画書」を作成し、個別具体的な訓練方法を明示している。  
 心理面については、言葉の選び方に注意し不安状態にならないように、個別・具体的な支援方法を明示している。  
 「現在の生活状況」の課題を課題として明確にし、課題と援助内容の整合性が明確になる書式の工夫が望まれる。

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	4	66.7
I-2 経営状況の把握	8	7	87.5
I-3 事業計画の策定	17	7	41.2
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	5	55.6
II-1 組織の運営管理	17	16	94.1
II-2 福祉人材の確保・養成	38	35	92.1
II-3 運営の透明性の確保	11	9	81.8
II-4 地域との交流、地域貢献	26	20	76.9
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	58	90.6
III-2 福祉サービスの質の確保	31	24	77.4



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1 支援の基本	17	17	100.0
2 身体介護	42	41	97.6
3 食生活	22	20	90.9
4 認知症ケア	17	13	76.5
5 機能訓練、介護予防	6	6	100.0
6 健康管理、衛生管理	16	13	81.3
7 建物、設備	6	5	83.3
8 家族との連携	8	7	87.5
9 サービスの適切な実施	7	7	100.0

