

福祉サービス第三者評価結果

1 第三者評価機関名

有限会社 保健情報サービス

2 施設の情報

名称：デイサービスセンター仁風荘	種別：地域密着型通所介護
代表者氏名：住田 貴明（管理者）	定員 15 名（登録者数：24 名）
所在地：鳥取県米子市上後藤 3－5－1	
TEL：(0859) 24-0007	ホームページ：http://www.yowakai.com/
【施設の概要】	
開設年月日：平成 18 年 4 月 1 日	
経営法人・設置主体（法人名等）：医療法人養和会（理事長 廣江 智）	
職員数	常勤職員： 8 名 非常勤職員 2 名
専門職員	看護師 3 名 看護師 1 名
	準看護師 1 名 介護員 1 名
	介護福祉士 2 名
	介護員 2 名
施設・設備の概要	地域交流室 1 室 送迎車 1 台（リフト車）
	機能訓練室 1 室 個浴 3 ヶ所
	静養室 1 室 特殊浴槽 1 ヶ所
	相談室 1 室 大浴槽 1 ヶ所
	食堂 1 室 トイレ 3 ヶ所（車椅子対応）

3 理念・基本方針

法人理念

養和会は、ご利用者の幸せ、地域の幸せ、職員の幸せを追求します。

基本方針

1. 人権を尊重し、ご利用者に「安心・安全・安らぎ」のある医療・介護・福祉を提供します。
2. 地域とのつながり、職員、家族を大切にし、共に歩み続ける法人を目指します。
3. 人にも環境にも優しい、活動に取組み地域に貢献します。

4 施設の特徴的な取組

利用者の方が可能な限り自宅において生活を継続していただくことができるよう、その方の有しておられる能力に応じた様々なプログラム（介護予防サービス含む）や機能訓練を提供させていただくことにより、在宅生活を支援されています。

医療・福祉（介護）のグループ法人組織であることから利用者のＱＯＬの向上に向けた対応・援助（介助）等が共有され、連携した相互支援が効果的に行われるなど、利用者（家族等）にとっては、生活の安心感や人格の尊重を重んじるサービス提供が行われています。

5 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成31年3月5日（契約日） ～ 平成31年3月31日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2回（平成29年度）

6 総評

◇特に評価の高い点

地域に密着した医療・介護・福祉サービスを一体的に行う法人組織の強みとして、入所される利用者の障害・認知症等（日常生活自立度）の全てを受け止めたデイサービス仁風荘としてのサービス提供が行われています。

組織運営は、医療法人養和会として「ISO9001（国際認証資格：品質マネジメントシステム）の取得、運営され介護サービス品質の維持・向上の取組みが積極的に行われてきましたが、これまで培ってきた組織全体における品質維持・改善プロセスの社内運営ノウハウの蓄積（確立）及び実態重視の考えから今後は、品質管理委員会（法人本部）を中心とした医療法人養和会としての品質維持・向上への日常業務における目標（目的）計画の設定及び実施（運営）の評価（適合）や改善処置を組織内で取り組まれ、更なる地域からの信頼・信用を目指した医療・福祉（介護）サービスの提供が新たにスタートしました。

医療法人養和会の運営主体（人づくり）は、人材育成にあることから医療・福祉（介護）知識・技術習得の研修に加え、新入者研修、人権研修、リスクマネジメント研修、行動規制最少化研修、身体拘束研修、法令遵守研修、接遇研修（言葉遣い含む）等による職員育成体系が確立されています。

社会環境の変化にタイムリーに対応する組織としての改革・改善の取組みが行われています。

◇改善を求められる点

ISO9001（国際認証規格：マネジメントシステム）の組織内運営に切り替え、これまでの品質管理プロセスのノウハウ継承による医療法人養和会本部の（品質管理委員会等）による品質の規格要求の見直し、スリム化等が検証され、日常業務（利用者・職員の安全・安心に適應する項目及び医療・福祉・介護サービス品質の維持・担保・向上等に適

応する項目等が整理され)の設定・運営・適合の自己審査等の内部監査が定期的に行われることになるものと想定します。

今後は、認証機関の審査にとわられることなく実務に即した自主的な取組みが可能となりますが、利用者、家族等・地域等からの理解及びISO認証取得時と同等以上の信頼性を確保するための取組みが社会から求められることから新たに組織内で行われるマネジメントシステムの運営の信頼性を客観的に示す必要があることから第三者による適合性確認等の仕組みの構築が望まれます。

福祉(介護)サービスにおける利用者の自立支援・援助(目的・手段と活動プログラムの開示等)に向けた取組みや家庭生活実態に合った利用者への援助等が家族等の誰にも分かりやすいものが提供されることが求められます。

日常の職員が行う業務に地域からの信頼を集まり、その結果が医療法人養和会の全体の信用につながるものと考えます。

今後においても福祉(介護)サービスの質の更なる向上に向けての取組みをお願いします。

7 第三者評価結果に対する施設のコメント

前回同様、事業品質に対して非常に高い評価を得たことを嬉しく思っております。

我々の取り組んでいる事業所の方向性に、また新しく使命をいただいたような気がいたします。

今後、ご指摘のいただいた内容についても、トップマネジメントと情報共有を図りながら組織のブランドを守っていくと同時に、地域の皆様の益々の幸せを願いながらニーズに答え続けていきたいと思っております。

8 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。

平成27年度より判断基準(a、b、c)の考え方が、「よりよい福祉サービスの水準へ誘導する基準」となるよう以下のように変更になりました。

「a」 より良い福祉サービスの水準(質の向上を目指す際に目安とする状態)

「b」 「a」に至らない状態、多くの施設・事業所の状態(「a」に向けたと取組みの余地がある状態)

「c」 「b」以上の取組みとなることを期待する状態

第三評価結果（通所介護）

共通評価基準（45 項目）

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
＜コメント＞ 医療法人養和会の理念・基本方針による事業所運営が行われています。 明文化された理念・基本方針等は事業所内に掲示され、ホームページへの掲載及び広報誌（きやらぼく）等により発信されています。 利用者、家族等へは、利用選択時等の重要事項説明書を用いて、理念・基本方針の説明が行なわれています。 職員は、毎週火曜日の朝のミーティングで理念・基本方針等の唱和が行われています。 新入研修では、理事長から直接、理念や基本方針について説明が行われ、職員は、ネクストラップ（名刺型カードへ理念・基本方針）の裏に入れるなどの取組みが行われています。 部署の品質管理として、部門別事項計画にその旨を記載し、毎月評価されています。		

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
＜コメント＞ 年2回（当初事業計画・中間期の見直し時期）に、医療法人経営層と部署長面談が実施され、自部署の事業運営や財務状況の現状把握と分析が行われています。 また、月1回仁風荘管理者会議において、事業運営の月次報告・分析が行なわれており、他部署との情報交換が行われています。 地域におけるニーズや検討課題及び地域の意見・要望を事業に反映させるための、「地域運営推進会議」が6ヶ月に1回開催され、地域の各関係機関（行政、民生委員、公民館、地域包括センター、利用者代表等）と話し合う機会が設けられています。		

3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a
＜コメント＞ 毎月部署長が一堂に会した「部署長会議」で月次分析等が報告され、現状の経営環境や提供する福祉サービス内容、組織体制、設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の分析や具体的な課題・問題点についての検証・検討が行なわれています。 また、毎月の「仁風荘会議」事業運営における成果・課題分析が報告され、課題、問題点、改善対策等の共有を図った上で、具体的な取組みが行われています。		

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
＜コメント＞ 医療法人養和会により策定した中・長期ビジョン「理想の姿（あるべき姿）」を反映した通所介護部門の「デイサービス仁風荘」の中・長期ビジョンとなっています。 財務状況、組織体制、利用者の経年別利用数、福祉サービス（内容や行事等）、設備修繕、人材育成等は、当該部署の職員が意識する課題や改善施策が、職員相互の共通指標として常に意識できる「見える化」の進捗管理が出来る仕組みとしての、中・長期の事業計画書、収支計画書が策定されています。		
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
＜コメント＞ 事業計画書及び収支報告書における年間事業報告（成果・課題等の分析）が行われ、年度当初の予算会議を踏まえ、医療法人本部は、事業サービス単位、担当別の新たな単年度の事業計画・活動指標が策定されています。 中・長期計画である「理想の姿」を基礎として、新年度の通所介護部門の計画作成が行われ、スタッフ面談（年間2回）による事業計画の説明が実施され、職員が共有した共通の目標に向けた事業運営が行われています。		
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
＜コメント＞ 部署長の各部署との中間・期末面談による各部署それぞれの目標に対する上期・年間の成果分析や課題を経営陣が把握し、評価・見直し・改善が行われます。 仁風荘会議等で目標達成の評価や課題対策が行われ、次年度の事業計画等の方針が決定され、各部署に於いても部門別の事業計画が策定されています。 職員一人ひとりの個人の「目標の管理」に対する自己評価（目標の成果や課題等の振り返り）による管理者の面談が行われると同時に、職員からの現場の意見・要望等の収集による課題・問題点の改善対策等が事業計画に反映されています。 また、事業計画は病院会議、仁風荘会議等の会議体でも職員へ周知がなされ、法人全体で理解を促すための取組みが行なわれています。		

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
<コメント> 事業計画のポイントを整理して、利用者、家族及び地域に対して、ホームページ及び広報誌（きやらぼく）等への掲載による周知が行われています。 また、地域運営推進会議において、事業計画について資料を用いて地域への方々への説明が行われています。		

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
<コメント> 介護サービスの基本的な手順書である業務マニュアル等は電子化されていることから各担当部署の職員は、必要な時にタイムリーに見ることができることから業務運営の効率化が進められています。 また、事業目標や介護サービスの提供内容等の実施記録等は、情報化による介護ソフトが導入されなど業務の効率化が図られ、日々のデイサービス提供の内容は、毎月の成果や課題等の分析・対策等による次月の事業運営に反映させる取組み及び四半期単位にサービス内容等の評価・見直し（PDCAサイクル）による業務推進が行われている。 サービス品質の維持・担保等の取組みとして、ISO9001（国際認証規格：マネジメントシステム）を取得され、年1回の内部監査、3年に1回の更新審査が行われて来ましたが、今後は、医療法人養和会（品質管理委員会等）による品質の維持・向上の推進に向けて、適合審査等の内部監査が定期的に行われます。		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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
<コメント> 年1回、利用者、家族等への「ご利用満足度調査」が行われ、品質管理委員会（法人本部）が分析した結果を反映させた次年度の事業計画が作成されています。 職員との部署長面談による業務改善意見等が集約され、次年度の事業所等の取組み課題を明確し改善策等に反映させておられます。 年1回の内部監査、定期的な福祉サービス第三者評価の受審等を通し、客観的な視点から事業運営に対する評価・課題の指摘による改善項目の把握を行い、計画的な改善策が行なわれています。		

評価対象Ⅱ 施設の運営管理

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
＜コメント＞ 日常業務は管理者が当施設の運営責任を果たされており、管理者である施設長不在時は、通所事業センター長へ権限の移譲が行われています。 職員へ責任体制（役割）が明確に示され、通所事業センター長の業務管理（指示・アドバイス等）による介護サービスの運営が行われています。 また、月1回の仁風荘会議で利用状況等を基に経営・管理に関する方針、取組みを明確にされています。		
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
＜コメント＞ 医療法人養和会全体の法令遵守（責任者）体制に基づき、組織的に取組みが行われています。 法人が定める必須研修「人権研修」「リスクマネジメント研修」「行動制限最少化研修」「身体拘束研修等」の法令遵守の各種の法令等に関する知識や理解を深める取り組みが行われています。 介護保険報酬改定時、個人情報保護規定、プライバシー保護規定等の改定事項がある都度に研修が開催されています。 事業所内においても人員基準や加算取得に対し、法令遵守の観点から毎月末に算定か産の有無や勤務表作成後の人員基準の整合性など、各ダブルチェックが行なわれています。		
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
＜コメント＞ 医療法人福祉会は、「ISO9001」（品質マネジメントシステム）の国際認証資格を取得して、福祉サービスに関する規格・品質等の向上の取組みが行われてきました。今後は、これまで培われた品質管理プロセスのノウハウを活かし、医療法人養和会自らの組織において、医療・福祉・介護サービスに関する規定・計画に対する維持・向上の適合審査（検証含む）によるサービス品質確保の取組みが行われます。 年1回の職員満足度調査を実施し介護サービスの質の向上を目指されています。 また、ご利用者満足度調査及び意見箱の設置など、利用者、家族等の意見・要望に対するサービスに反映させる取組みも行われています。 介護サービスの質の向上に向けた人材育成は、法人組織の強い意識で職員への教育・研修が重要との認識から必須研修として複数の計画が行われています。		

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
＜コメント＞ 月1回の仁風荘会議、本部管理会議で月次報告（分析・対策等）による「業務効率化」と「職員へのコスト意識」の徹底が経営方針のひとつとして管理され、担当部署等におけるミーティング時に各職員に業務改善に関する事項を検討する場を設けられています。 経営改善に向けた「ICT化」の導入による経営戦略、品質管理、労務管理、各種業務マニュアル管理等が情報の供給や蓄積・共有が行われる環境が構築され、業務の効率化が進展されています。 働きやすい職場環境として、出来る限り職員の希望や急な休み対応できるような人員配置や、時短勤務規定や、育児休暇明けの職員が働きやすい職場となるよう取組まれています。		

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
＜コメント＞ 法人本部による募集が行なわれています。ハローワーク申請、ホームページ掲載等を通じた人材確保の取組により、各専門職種の採用が進められています。 各種専門学校等の実習生を積極的に受け入れや学校訪問等が行われ、新規採用につなげる取り組みを継続して行われています。 職員に対する異動に関する希望等の面談（年2回）を通じて、様々な業務への挑戦や適材適所への人事異動や人材育成等が行われています。 職員の自己実現の達成支援及び仕事に対する達成感や働き甲斐の醸成（プロ意識）を図るための「人事考課制度」と「人材育成（有資格取得含む）計画」を連動した「目標による管理」（職能に適応した職員一人ひとりの目標設定と透明化された実績評価等）の日常の業務運営の推進が行なわれています。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
＜コメント＞ 医療法人養和会として「人事考課制度」による人事基準が明確にされ、職員一人ひとりの実績が報われる仕組みづくり及び常に再挑戦ができる職場環境づくりである法人全体に適応した人事考課制度（目標管理シートが提出され、管理者の面談による職員への指導・アドバイス等含む）による総合人事管理が行われています。 特に、管理者が適切な職員一人ひとりの評価が基本ですが、運用実施（給与、賞与、昇進、昇格等）における職員が理解と納得できる公正（公平）で適切に評価を実行するための評価研修（管理者）が毎年定期に行われることが望まれます。		

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
管理者による職員面談（年間2回）が行われ、事業運営に関する成果分析による指導・アドバイス等に加えて、就業（人事関係含む）や職場環境（リフレッシュ休暇等含む）等に関することへの意見交換（職員の意向把握等）による認識の共有が図られるなどの取組みが行われています。 また、職員の健康管理に関する福利厚生として、ストレスチェックの実施、メンタル面の相談・連携体制、フィットネスクラブ（法人運営施設）の利用、腰痛予防研修（理学療法士等）及び健康診査（年2回）、インフルエンザの予防接種も法人の費用負担で実施されています。		
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
<コメント> 医療法人養和会全体に人事考課制度（職員一人ひとりの目標管理シートに対する部署長の面談及び成果評価等）が導入され、業績実績に加えて、職員一人ひとりの経験や知識・技能（強み・弱み）が把握され、人事管理（職能資格）と育成計画が連動して作成されることから職員の目指すあるべき姿が明確になることから有効な取組みが定着されています。 介護サービスに必要なマナー・接遇研修及び利用者への目配り・気配りの出来る人材を作るOJTや各種講習会への参加による育成の取組みや人事考課制度と連動させた職員一人ひとりの中・長期的な育成計画（経年別研修経歴等）へ反映されています。 各種の育成研修に加え、部署長（年2回）による個人面談も実施されており、職員一人ひとりこの質の向上への指導・アドバイス等による育成も行われています。		
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
<コメント> 医療法人養和会の人材育成基本方針に基づき、研修計画が策定された教育・研修が行われています。 内部・外部研修計画に加え、職員個々の介護サービスに必要な資格取得やOJT等の教育・研修及び人事考課制度（昇級・昇格等）に連動させる等、職員の育成方針に基づいた計画的な取組みが行われています。 職員研修の内容の見直しについては、介護保険制度の改訂時及び社会動向等を考察した変更、見直しが定期的に行われています。		
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
<コメント> 職員の経験年数や知識・技術水準・専門資格（取得状況）が把握され、職員一人ひとりの知識・技術・専門知識の習熟度の基準等（3年単位）等、初任者研修から始まる階層別研修や職種別研修等の機会を設定した取組みが行われ、外部・内部の研修において参加要請を行なわれています。仁風荘の他部署職員が外部研修に参加した際には、「伝達講習」という形式で講師役を務めてもらい、自部署職員への教育の機会とされています。 介護福祉士資格取得の為、研修の補助や内部講師による勉強会も予定されています。		

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
＜コメント＞ 仁風荘全体として実習生の受け入れを積極的に行われており、指導者に対しても研修等は行われています。 実習受入れの際には、学校側と打ち合わせを行われ、学校が作成している実習マニュアル等に沿って実習が行われています。		

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
＜コメント＞ 企業理念・基本方針及び事業運営に関する施設概要・施設案内・提供する福祉サービス内容等がパンフレット、広報誌及びホームページへの掲出等による情報公開が行われています。 また、通所介護部門に於いては、地域運営推進会議による運営に関する情報提供及び課題・問題点等に対する提言を受け、更に良好な事業運営及びサービス提供が行なわれています。		
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
＜コメント＞ 事業計画書及び収支報告書における年間事業報告（成果・課題等の分析）が行われ、予算会議（年度当初）等を踏まえ、医療法人本部は、事業サービス単位、担当別の新たな単年度の事業計画・活動指標が策定されます。 法人本部事業方針の中・長期計画が反映された「通所介護部門」の年度計画が作成され、職員に対する組織の事業計画の説明による事業の運営が行われています。 また、毎月の事業報告書は、仁風荘会議（月１回）及び部署長会議（月１回）に付議され、事業の成果報告・分析による次月への課題・問題点等の改善対策が反映された計画に沿った事業の運営が行われています。 経営主体が医療法人であることから公認会計士等の監査による寄付行為（定款）に沿った透明性の高い適正な運営となっています。		

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
＜コメント＞ 地域との関わり方については、法人としての理念である「ご利用者の幸せ、地域の幸せ、職員の幸せを追求」基本方針である「地域に貢献できる事業所」の考え方に沿った事業運営が進められています。 医療法人養和会として、仁風荘さくらまつり、長寿を祝う会、夏祭り、公民館祭等への参加を通じた地域との交流が深められています。 また、地域運営推進会議において地域との交流についても地域の公民館代表者、民生委員等からの意見・要望を受け止めた取組が行われています。		
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
＜コメント＞ 基本姿勢が明文化されたマニュアルも策定されています。 学生ボランティア等の受け入れも積極的に行われています。		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	Ⅱ-4-(2)-① 施設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
＜コメント＞ 介護サービスの事業運営に必要な関係機関「病院、行政、地域包括支援センター、社会福祉協議会、保健所、警察署、消防署、福祉専門学校、警備企業、公民館、民生委員等とのネットワーク構築に伴い「関係機関緊急連絡一覧」等が作成され。事務室へ掲示し、仁風荘会議において、利用（対応）状況や他部署との連携についても共有を図り、職員が目的に応じて（緊急時含む）対応することとされています。		
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 施設が有する機能を地域に還元している。	a
＜コメント＞ 医療法人養和会の基本方針「地域に貢献できる事業所」の考え方に沿った事業所のスペースや相談機能は地域に広く開放されています。 医療法人養和会として、「仁風荘さくら祭、長寿を祝う会、夏祭り」が企画段階から関わり、通所事業所としても参加され、デイサービスセンター仁風荘のフロアが開放され、お茶や弁当を食べるフリースペースとして活用し地域から喜んで頂いております。 また、地域の住吉公民館祭は、仁風荘組織として（企画・祭り参加）地域への協力体制としての組織化が行われています。 地域のイベント等への参加時は、介護サービス関係の相談窓口の開設などの組織的な取組が行われています。		

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
＜コメント＞ 地域にすっかり定着している「仁風荘さくら祭」「長寿を祝う会」「夏祭り」等の開催が仁風荘全体の総力を挙げて実施されています。 特に、住吉公民館祭は、仁風荘組織で企画への参画して、準備から祭りへの参加など、地域に根差した取組みが行なわれ、法人の居宅介護支援事業所と共に介護相談ブースを設置し、地域の皆さまが気軽に介護相談等を出来る取組みを積極的に行われています。 また、地域へ法人施設の貸し出し（地域交流ホール・体育館等）及び養和会野球部による野球教室を開催する等の地域貢献活動が行われています。		

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
＜コメント＞ 医療法人養和会の倫理規定及び身体拘束マニュアル、接遇マナーマニュアル等に沿った利用者尊重を目指す事業運営に向け、日常的に「理念・基本方針」のミーティング等での唱和や職場内への掲示による職員意識の醸成が図られています。 職員の法令遵守等の研修（年間）として、「コンプライアンス研修」「人権保護研修」「リスクマネジメント研修」「行動制限最少研修」「身体拘束研修」等が法人本部で計画され、職員の利用者を尊重する意識の徹底が図られています。 医療法人養和会組織内に身体拘束廃止検討委員会が設けられ、身体拘束への現状と対策に加えて、倫理的な問題についても検証・検討が行われています。		
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
＜コメント＞ 重要事項説明書（施設内の掲示物）等で、利用者のプライバシー保護及び虐待防止（権利擁護）の規定が作成され、職員研修での認識強化に加え、不適切事案の発生や情報等への対処策として「法令遵守責任者」「法人法務担当」への適切な報告（管理者等）及び対応・対策に関する権利擁護体制の整備が行われています。 利用者、家族等には、入所時重要事項説明書を用いてプライバシー保護に関する説明を行なわれ、周知が図られています。 各担当部署においても、職員に対して、利用者、家族等の知り得たプライバシーに関する情報の保護等に向けた研修や職員意識の醸成が取組まれています。 なお、不適切な事案が発生した場合には、管理者並びに法令遵守責任者、法人法務担当者に速やかに連絡する体制が整備されています。		

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
＜コメント＞ 法人本部を窓口として、ホームページ・パンフレット、広報誌等により、施設概要、施設案内、サービス案内等を公民館及び広く地域の方へ情報を積極的に提供されています。 デイサービスの体験利用等の受け入れも積極的に行われ、接遇マナーマニュアルに沿った丁寧な説明が行われています。		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更において利用者等にわかりやすく説明している。	a
＜コメント＞ 利用者のサービス開始・変更時には、サービス契約時に利用者、家族等に対して「重要事項説明書」に沿って、当施設の利用目的やサービス内容及び料金等を説明し、利用者からの十分な理解に基づく同意を得た上で契約締結が行われています。 対応には、接遇マニュアルに基づいた利用者、家族等に対して、丁寧に分かりやすい言葉遣いや資料（写真）等により説明が行われ、契約は、手順に沿って適切に契約を結ばれています。 また、通所介護計画書のプラン変更等は、利用者、家族等へ具体的に説明が行われ、同意を頂きサービス提供が行われています。		
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
＜コメント＞ 介護サービスの変更等が行われる場合は、担当の介護支援専門員へ情報提供が行われ、他施設（自宅含む）への移行後も利用者（家族等）が安心して生活できるための対応（連携等）が行われています。 当施設からの変更（他への移行）後の通所介護部署へ相談は、管理者が窓口となり移行後も配慮した対応が行われています。また、法人の「介護老人保健施設」の相談員にも相談出来る体制が確保されており、組織的に家族等への対応が行われています。		
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、取組を行っている。	a
＜コメント＞ 事業所内への意見箱設置及び年1回の利用者満足度調査や嗜好調査（残食調査も定期見廻り）の実施等、利用者、家族等の意見・要望の収集に努められています。 利用者、家族等の意見・要望が寄せられ、担当部署の責任者の判断で対応が可能なものは、利用者、家族等へ回答がフィードバックされています。 担当部署での対応に苦慮する場合は、責任者を通じて、法人本部組織である「品質管理委員会」へ報告され、本部での改善・解決に向けた検証・検討を行い、寄せられた意見・要望に対する回答や改善対策等が組織的に行われています。 更に、地域運営推進会議からの提言等を受けるなど、利用者満足向上への取組が行われています。		

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
<コメント> 契約書、重要事項説明書等に苦情解決の仕組みについて詳しく説明されています。 苦情は、当施設窓口及び医療法人本部の「品質管理委員会」が開設している苦情受付のホームページへの意見・要望（苦情）の申し出の仕組みが確立されており、品質管理委員会及び介護老人保健施設の相談員と連携した苦情解決への取組み体制が整備されています。 毎月、品質管理委員会がグループ全ての苦情等及びその解決（対応）状況等を取りまとめ、ホームページ等で記録の公表が行われ、地域や利用者の声を適切に反映する取組みが確立されています。 また、利用者満足度調査、意見箱の設置、地域運営推進会議等で意見・要望が収集され、その対応やフィードバック及び事業運営（計画）等へ反映させておられます。 運営推進会議に事業所内での事故や苦情についても付議して説明が行われています。		
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
<コメント> 事業所内に意見箱設置及びホームページ等での意見・要望等の受付を法人本部の窓口で受止め、相談や意見の検討及び問い合わせに対する回答を組織的に行われています。 利用者とスタッフとの信頼関係が昼食時との雰囲気や会話等で良い関係にあることから職員全体が日常から利用者が気軽に相談できるような関係作りに配慮されたお取組みが推察できます。 また、担当部署のみならず、介護老人保健施設の相談員にも相談できる体制が構築され、利用者満足度調査の実施や意見箱等による利用者の意見・要望の収集等が契約書や重要事項説明書等においても各種の相談や意見が述べられる体制がある事が記載され周知が図られています。		
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
<コメント> 利用者の相談や意見に対する担当部署で解決できる事案の場合は速やかな回答が連絡ノートや直接対応等によりフィードバックされ、業務実施における改善や見直等が必要な場合の対策が行われています。 なお、軽微な事案であっても法人本部の品質管理委員会に報告され、基本的にすべての事案は法人の委員会が把握・検証・検討が行われ、医療法人養和会の組織で対応が必要であれば速やかに対応が行われています。 担当部署で解決対処が不可能の場合は、品質管理委員会へ報告し、介護老人保健施設の相談員及び法人本部（品質管理委員等）による意見・要望（苦情）等の検証（検討）が行われ、改善見直しや回答等が利用者（家族）へ適切にフィードバックが行われています。 法人本部で利用者への回答された内容等は、担当部署へ今後の業務運営に反映させるようフィードバックが行われます。その対応情報（利用者や家族等の同意を得たもの）がホームページでも公表されることとなっています。		

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
<コメント> リスクマネジメント規定に沿った「火災・地震・台風」等が想定された年2回の防災訓練の実施（避難・救急蘇生法含む）及び年1回の職員へのリスクマネジメント研修の開催による安心・安全に対する対策や職員への安全意識（誤薬防止対策・利用者の転倒防止等含む）醸成の取組みが行われています。 また、職員からのヒヤリハット報告による勉強会が開催され、安全・安心についての社員意識の向上に努められています。 事業所内の安全点検（静養室・食堂・トイレ等）の実施、消火器、自動火災報知機、不審者侵入対策等の危機管理体制の構築に加え、緊急時連携機関の連絡先一覧表の掲示等、緊急時の対応（連絡・相談・報告等ふくむ）等の体制が構築されています。		
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
<コメント> 感染症対策マニュアルが策定され、医療法人本部（医療機関レベル）の対策の適用による感染症の予防策及び感染症発生時の対策が組織的に取組まれています。 また、外部からの感染防衛対策として、職員へのインフルエンザ予防接種や職員が感染した場合の出勤判断（5日間の感染モニタリングによる状況把握）による業務開始及び感染症に利用者が感染した場合の対応等も感染症対策マニュアルに沿った同様な対応が行われています。 インフルエンザ・ノロウイルス等が発生しやすい時になると、インフルエンザ・ノロウイルス罹患者を把握する為、法人内で把握するようにチェックシステムがあります。		
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やっている。	b
<コメント> 医療法人本部が定める「リスクマネジメント規定」が整備され、災害発生時の非常事態を想定した防災マニュアルに沿って、担当部署の防災訓練が年間2回実施（災害時の防災グッズや食料は、法人本部で備蓄）されています。 災害時における施設在宅の利用者・職員の安心・安全確認、外出等の利用者（当日勤務終了で休みの職員含む）の安否確認システム（緊急連絡網等）等による安否確認ができる仕組みの構築及び被害情報や被災支援対策など法人本部との連携及び関係機関との情報収集（提供含む）等の連携も日頃の対応による関係強化等が行なわれています。 大規模災害の早期復旧策（BCP）の策定が望まれます。		

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
＜コメント＞ 標準的な介助方法や手順等に沿って、一人ひとりの「通所介護計画」に沿ったサービスの提供が行われています。 契約書、重要事項説明書に於いても、利用者の人権の尊重・プライバシー保護・権利擁護の姿勢が明示されています。 職員間で利用者全体の介護計画が共有されていることからサービスがどの職員でもサービス提供時、利用者の心身の状況を十分観察し、標準的な手順等で安全を最優先に介護サービスの実施が行われています。		
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
＜コメント＞ 日常のサービス提供は毎月のモニタリング及びカンファレンスで見直しが図られ、実施方法についても都度職員間で共有されています。 標準的な介助方法や手順等についても定期的に改善・見直しが行われています。 利用者満足度調査、ご意見箱、地域運営推進会議での意見・要望等も反映された利用者にも有効な新たなサービスの取り組みや現状の見直しが行われています。		
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
＜コメント＞ サービス契約時のアセスメントは、利用者、家族等との時間をゆったりと取り、アセスメントをもととした利用者、家族等に同意を得た通所介護計画が策定されています。 担当部署職員のみで検討するのではなく、老健、病院職員との連携を密にし、多様な職種からの意見を参考にしつつ個別的なサービス提供が行われるように努めてられています。		
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
＜コメント＞ 毎月のモニタリング、3ヶ月に1回の評価・見直しが行われています。その結果については、毎月担当介護支援専門員への報告が行われています。 評価結果により、変更や見直しが必要であれば介護計画に反映され、ケアプランが変更されます。		

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
<コメント> 記録記載については入職時に記録マニュアルに沿った指導が行なわれています。 介護ソフトを利用し、電子化された利用者データに基づいた介護サービスの提供が行われ、提供後の記録等（利用者の心身変化、留意事項、サービスの実施状況等）も適切に登録するための研修（記録マニュアル等）やOJTによる取組みが行なわれています。 利用者一人ひとりのサービス実施状況がICT化されており、利用者の個人ファイルを見やすく・分かりやすく整理、整頓（保管・保存・廃棄等）等が行われ、更には、職員間でのタイムリーな情報共有が図られた効率的で機能的な職場環境が構築されています。		
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
<コメント> 個人情報保護規定の整備、組織的に法令遵守（情報保護等）の職員採用時の情報保護に関する誓約書を提出されています。 情報保護に関する制度変更がある場合には職員研修が行なわれています。 利用者、家族等への入所説明時に重要事項説明書等を用いて説明され同意を得ておられます。 紙ベースの利用者記録等は、鍵（保管責任者指定）のかかった書庫保存が行なわれています。		

内容評価基準（通所介護 17 項目）

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
1-（1）生活支援の基本		
A②	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
<コメント> 利用者の心身状況は、「フローシート」「情報提供票」に記録が残され、サービス提供時にも一人ひとりの日常生活動作等の確認や把握が行われています。 利用者の日々の過ごし方の意向や要望を「デイサービスカルテフェイスシート」の記録に沿って、生活リズム、活性化、寝たきり防止、自立に向けたプログラムを想定した「個別通所計画書」が作成されています。 週間プログラム表に基づいて、さまざまなレクリエーション活動計画（絵手紙作り、脳トレプログラム、体操、野菜を育て収穫した野菜で調理等）へ利用者一人ひとりが活動を選択した参加となっています。 また、年間行事として、仁風荘主催である春の「さくら祭り」、秋の「長寿をお祝いする会」夏は、養和病院主催の「納涼会」へ利用者（家族の希望、一緒に参加）は楽しみに参加されています。		

A④	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
＜コメント＞ 通所介護の部署は、タ方のミーティングが必ず行われ、利用者一人ひとりの一日の心身の状況等及び利用者ニーズ（希望等）の把握や意思疎通等についての職員間での情報共有が行われています。 特に、コミュニケーションや接遇に関する課題・問題点等の気づきは、職員間で勉強会を行い気を付けること、配慮すること等の意識を共有したサービスを行う為の取組みが行われています。		

1-（2） 権利擁護		
A⑤	① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	a
＜コメント＞ プライバシー保護規定や身体拘束規定に沿って、アセスメント時の重要事項説明書により、利用者、家族等のプライバシー保護、人権侵害に関する苦情・相談窓口の開設及び施設での活動やイベント等で撮影された利用者の写真の映像掲示等（見える化）の同意書（同意が無い場合は、掲示等は行わない）に基づくプライバシー保護に配慮した介護（介助）への理解の説明が行われています。 また、利用者（家族等）に関する外延情報等についても知り得た情報の保護についても職員への周知徹底が行われています。 法人全体での虐待防止、権利の侵害に関する研修会（年2回）へ職員は参加して、プライバシー保護規定や人権擁護に関する理解を深める取組みが行われています。 また、毎月1回身体拘束委員会を開催し、権利擁護、身体拘束の視点から各担当部署の現状分析等が行われています。		

A-2 環境の整備

2-（1）利用者の快適性への配慮		
A⑥	① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	a
＜コメント＞ 施設の地域交流室、機能訓練室、静養室、食堂及びトイレや手すり等の清掃や消毒等が配慮と行き届き、常に清潔な環境維持に努められ、「室温・湿度のチェック」による空調調整による適温で快適な通所介護生活を利用者は過ごされています。 利用者同士の関係性も重視し、大きめのテーブルを配置して、椅子と椅子の間をゆったりと空けた気持ちにもゆとり、安全にも配慮された空間で過ごされる工夫が行われ、利用者が疲労した場合の休息が出来るようにベッドが置かれ、利用者の特性に合った空間の整備が行われています。 利用者の満足度調査（年1回）が実施されており、利用者要望（これまで、シャンプー・リンスを変更や全便座をウォシュレットに取り換え、男子トイレの自動照明等が行われています）による改修・改善等が行われ、今後も利用者のニーズを把握して積極的に改善対策を行うこととされています。		

A-3 生活支援

3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A⑦	① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
＜コメント＞ 入浴支援マニュアルに基づき、通所介護計画を基に、心身の状態に合った手順で入浴が行われています。 入所時のアセスメントで身体状況の把握が把握され、大浴槽・個別浴槽・機械浴槽（特殊）が整備され、入浴前の適温設定（お湯の温度の調整）や必要があればバイタルチェックの実施等が行われ、利用者の身体状況にあわせた浴槽の使用による入浴が行われています。 また、転倒防止の為、必ず利用者一人ひとりを職員の見守りによる入浴介助（利用者本人の意欲を大切に）が行われています。 利用者が帯状疱疹・表皮剥離などの皮膚疾患や風邪や心不全などの内科的疾患等は、最後に入浴を行うか湯を入れ替えられます。 更には、時間制限を設けるなどの利用者の心身の状況に合せた入浴支援が行われています。 入浴状況等で気づいたこと（感染症、心身の状況）は、家族へ連絡ノートを活用したお知らせ、介護支援専門員（ケアマネージャー）に対しては電話報告が行われています。		
A⑧	② 排泄介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
＜コメント＞ 排泄マニュアルに基づき、通所介護計画を基に、心身の状態に合った手順で排泄介助が行われています。 事前情報と照らし合わせ、評価をしながら排泄行為や介助方法を検討し、「排泄版」に明記されています。 朝・夕のミーティングの場で職員間の情報共有を行い必要な場合は、利用者ノートに記録（転記）されています。 排尿等後は、必ずフローシートや連絡ノートに記録を残し、利用後は、消毒液で拭き、匂い対策として芳香剤による対応が行われています。 尿意や便意の訴えが難しい利用者へは、「誘導版」で利用者の排泄パターンが把握され、個別に合せた時間帯を設定して誘導することとされています。 尿意等の訴えが難しい利用者の家族へは、連絡ノートでお知らせし、適宜、介護支援専門員へも適宜報告が報告されています。 また、トイレ内での転倒、転落を防止するため手すりや介助バーが設置され安全に排泄をする事ができ、見守りや一部介助が必要な利用者には、プライバシーカーテンを使用する等、プライバシー保護に配慮した声掛け等が行われています。 オムツに関しては、尿量や利用者の身体に合わせた大きさの提案が利用者、家族等に行われています。		

A⑨	③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
＜コメント＞ 移動・移乗マニュアルに基づき、通所介護計画を基に、心身の状態に合った手順で移動・移乗介助が行われています。 大きな目のテーブルの配置で、椅子と椅子の間の幅を広い空間をつくり、自力で移動して普通型の椅子に腰かけていただくことを基本とした取組みが行われています。 介護支援相談員や家族からの安全・安心な移乗や移動などの要望や依頼があった場合は、併設する通所リハビリテーションのセラピストに助言等のサポートを受け、介護支援相談員と調整を行い福祉用具等の貸与につなげておられます。 日々の業務の中で変更点等があれば、申し送りで周知するように心掛けておられます。 送迎時の安全対策については、送迎マニュアルに沿って安全な送迎に努めておられます。 安全運転講習会等への参加による乗降時や移動時の安全対策等に取り組まれています。		

3－（２）食生活		
A⑩	① 食事をおいしく食べられるよう工夫している	a
＜コメント＞ 衛生管理マニュアル、アレルギー対応マニュアル等の編成に基づいた食事の提供が行われています。 アレルギーの有無や嗜好調査による好き嫌いを献立に反映するためにフェイスシートに記録し、利用者一人ひとりに適合した調理方法（適温摂取含む）や食器の選定が行われ、旬の食材等も取り入れるなど工夫を凝らした食事の提供が行われています。 日常の様子を観察した上で、気の合う同志が同席するなど、楽しく食事が行われるよう工夫されています。		
A⑪	② 食事の提供、食事の介助を利用者の心身に状況に合わせて行っている。	a
＜コメント＞ 病院や施設、介護支援相談員の情報提供を受け、食べやすい食形態で食事を提供されています。 また、必要があれば管理栄養士や通所リハビリテーションの言語聴覚士・歯科衛生士の協力を得ながら、嚥下、咀嚼の程度の評価が行われ、利用者の症状に合わせた食事形態（特別指示箋の作成）の提供が行われています。 食事中における誤嚥や窒息のリスク対応として、吸引器等も用意や誤嚥用のノズルを常に所定の位置に配置されています。また、救急の時には看護師の指示により対応・対処されます。 体重測定で変化がある時は、家族、介護支援相談員から情報収集し、栄養を考えた食事が提供（特別指示箋）されています。		

A⑫	③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行って	a
<コメント> 口腔ケアは昼食毎に嚥下体操（CDや体操の絵等使用）が行われています。 利用者が実際に行う口腔ケアに対して、「口腔ケアチェック表」による「自立」「一部介助」「全介助」が判断され職員の介助等が行われています。 食後の口腔ケア時には、利用者の口腔内のチェックを行い、義歯の適合度や局義歯による歯茎の尊害が無いか確認し、あった場合には家族、介護支援相談員に報告が行われ、歯科受診に繋がられています。法人養和病院の歯科衛生士に助言・指導を受け実施されています。		

3－（３）褥瘡の発生予防・ケア		
A⑬	① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている	a
<コメント> 褥瘡マニュアルの編成に基づき褥瘡発生予防・ケアが行われています。 体位交換や姿勢等については、通所リハビリテーションのセラピストの助言を受け、臥床時の耐圧分散マットや、座位時の低反発座布団の使用等の工夫が行なわれています。 入浴、排泄時に皮膚状態の観察が行われています。褥瘡の疑いがある時は看護師、介護支援相談員に報告・連携した対応が行われています。 軟膏については、家族からの伝言や、診療情報による医師の指示のもと処置が行なえるよう事業所で処置物品も用意されています。 処置一覧表を作成して、処置内容等、職員間で情報共有され、必要時には介護支援相談員へ報告が行われています。		

3－（４）介護職員等における喀痰吸引・経管栄養		
A⑭	① 介護職員における喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組みを行っている。	a
<コメント> 介護職員による吸痰吸引・経管栄養等の実施については、現時点では研修修了された介護職員がいない為、実績はありません。 喀痰吸引・経管栄養の必要な場合は、看護職員によって全て行われることとなっています。		

3－（５）機能訓練・介護予防		
A⑮	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
<コメント> 利用者の心身の状況（自らの心身の機能改善の目標）に合わせ機能訓練プログラムが作成されています。 必要時には通所リハビリテーションのセラピストに指導・助言を受け、個別機能訓練に活かされています。 日常的な食事動作、排泄動作、行動さ、移動・車椅子から普通の椅子への移乗動作等を利用者の日常生活動作に基づき、それぞれの場面で個別機能訓練として支援が行われています。（現在事業としては個別機能加算は算定されていません）		

３－（６）認知症ケア		
A⑯	① 認知症の状況に配慮したケアを行っている。	a
＜コメント＞ 職員は認知症研修へ参加し、「利用者の話を傾聴する姿勢」や「寄り添う姿勢等」や「認知症ケア」等について学ぶ機会が設けられています。 認知症の症状等を考慮しながら食事前のテーブル拭きや食事用のエプロン干しの手伝い等生活場面を想定した作業及び家族や介護支援相談員と連携を図り、認知症の状態を把握されたケアが行われています。 家族の介護負担継続のため、必要時にはショートステイの利用も促されています。 家族からの要望があれば、その実施された内容を自宅でも行える方法も含め連絡ノートに記載し、自宅でもどうであったかも記載して頂かれ、必要があれば介護支援相談員に報告されています。		

３－（７）急変時の対応		
A⑰	① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取り組みを行っている。	a
＜コメント＞ 緊急時対応マニュアルに基づき、医療機関との連携が図られ、利用者の心身の情報及び主治医からの診療情報提供書を基に、状況の変化の判断が行われています。 服薬管理は必ず看護職員が行うこととされ、通所リハビリの看護師の協力のもと看護師同士でのダブルチェックを行い、誤薬防止に努められています。 急変時には介護カルテに記載されている緊急連絡先に必ず連絡するようになっています。		

３－（８）終末期の対応		
A⑱ 16	① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取り組みを行っている。	a
＜コメント＞ 終末期については、利用者（家族等）の意向等を介護支援相談委員と共に情報収集が行われ、施設で行われる終末期の対応等が説明された上で利用されることとなっています。 急変時には、救急搬送するのか、施設で看取るかの確認が行われ、急変時の希望病院、緊急時の連絡先も利用申込書等に記載して頂き、緊急時に対応されることとなっています。		

A-4 家族との連携

A-4 家族等との連携		
A⑱	① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	a
〈コメント〉 連絡ノートの利用時は必須とされ、施設での日々の状況報告を家族に伝え、家族の意見・要望（相談）等に関しては、連絡ノートか電話等での対応等で行き違いが無いように取組まれています。 介護支援相談員と連携したケアプランの評価・見直し・プラン継続等が行われ、サービス担当者会議でも家族に対してサービス状況の説明が行われています。 主介護者の介護負担に関しても、介護支援相談員の依頼を受けた場合など、自宅に訪問し、介護指導、環境指導等、介護の専門性を発揮した助言やアドバイスの支援が行われています。 送迎の際にも、家族の要望や悩み等を傾聴（寄り添う）するように心掛けられています。		