

(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 介護老人保健施設シルバーライフちらん
通所リハビリテーション

評価実施期間 平成30年11月14日～平成31年3月28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30年12月1日現在]

事業所名称： 介護老人保健施設 シルバーライフちらん 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8年11月26日	管理者名： 藤林 圭一
設置主体：医療法人 芳和会	代表者職・氏名：理事長 藤林 圭一
経営主体：医療法人 芳和会	代表者職・氏名：理事長 藤林 圭一
所在地：〒891-0911 鹿児島県南九州市知覧町塩屋16016番地	
連絡先電話番号：0993-85-4095	FAX番号：0993-85-4096
ホームページアドレス	Eメールアドレス
http://www.roken-chiran.or.jp	silverlife@roken-chiran.or.jp

理念・基本方針

理念

感謝のこころ、利他のこころ

- 一. 医療・介護の仕事を通じて、地域や社会に貢献する。
- 一. 患者様・ご利用者様とその家族、職員とその家族、そして法人と関わるもの全てが幸せになることを追及する。

基本方針

「やりがい」のある仕事を通じて、ご利用者様に「生きがい」を持っていただくことを喜びとし、自信と誇りの持てる「働きがい」のある職場を目指そう。

- 一. すべてはご利用者様の為にある。
- 一. 地域があって私たちがここにある。
- 一. ご利用者様、職員、法人に関わる全てが幸せになる。
- 一. プロとしての自覚を持って働こう。

【施設・事業所の特徴的な取り組み】

職員とその家族の物心両面の幸せを追求していく為、福利厚生の実施や働きがいのある職場を目指す。地域においては介護のリーダーシップを目指す。地域の特徴に応じた支援を考え、可能な限り対応をしていく。

[利用者の状況]

定員	20人	利用者数	50人
----	-----	------	-----

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)	2	1	15	32	

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	8	7	17	8
区分	要介護3	要介護4	要介護5		
人数(人)	7	2	1		

[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		
生活相談員	0	0	0	0	0	
看護職員	1	0	1	0	1.5	
介護職員	2	0	1	0	2.9	
機能訓練指導員	0	0	0	0	0	
作業療法士	1	1	0	0	1.2	
前年度の採用・退職状況	採用	常勤 2 人		採用	非常勤 0 人	
	退職	常勤 2 人		退職	非常勤 0 人	
○常勤職員の当該法人での平均勤務年数					2 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					1 年	
○常勤職員の平均年齢					42 歳	
○うち直接処遇に当たる常勤職員の平均年齢					41 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30年11月14日～平成31年3月28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

今回、第三者評価初受審にあたり、職員参画での自己評価が行われ課題の抽出と改善に向けた取り組みが明確にされており、今後、職員参画のもと、計画的な目標設定と評価・見直しの体制づくりと改善に向けた取り組みの充実が図られる事が期待できます。

・利用者は顔なじみの方が多く、誘い合ってサービスを受けています。テーブルの座席も自由に話したい相手と一緒ににぎやかに過ごしています。意見や要望・相談事は、話しやすい職員に直接話し早目対応ができています。

◇改善を求められる点

・職員参画での事業所としての具体的な中長期計画及び単年度計画の策定、「評価・見直しの仕組みづくり」と「外部への周知方法について」の取り組みが望まれます。

・各マニュアル集は研修・勉強資料と一緒に綴じられているが、マニュアルは、職員がいつでも閲覧でき日常的に活用できる状態に整理されることが望まれます。

・福祉サービス実施方法は、利用者尊重の基本姿勢が求められ、福祉サービスの標準的な実施方法の見直しを期待します。

・福祉サービスの継続性、質の向上を図る上で、サービス提供後は内容・結果を書面で保管し、適宜及び定期的に見直しを行い職員に周知徹底することを望まれます。

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

具体的な計画を始め、記録、マニュアルの整備等取り組むべき課題が多くありました。今回は職員が評価に参加し、評価すべき点や改善点について共有できており、職員主導の積極的な改善に取り組んでいきたい。

福祉サービス第三者評価基準

【 共 通 版 】

H27年4月1日改定

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 法人としての理念があり事業所内に掲示するとともに朝礼時の唱和、新人研修や全体会議などで職員への周知を図っているが基本方針については周知徹底が図られていない。法人理念や基本方針はパンフレットやホームページへの記載はあるが、利用者・家族へ解りやすい資料作成や周知の機会、周知状況の確認など不十分で今後の課題である。</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 南九州市サービス事業所連絡協議会や地域ケア会議に出席、地域の各種福祉計画の策定状況や内容など具体的に把握、分析が行われている。幹部職員参加の運営会議において、利用率やコスト分析などの経営状況の把握が行われ、経営環境や課題分析を行っている。年1回、満足度調査を行い、ニーズの把握に努めている。</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 幹部会議において 経営状況等の分析、課題抽出等話し合わせられ改善に向けた取り組みの検討を行っている。経営状況や改善すべき課題については理事会での報告と全体会議やデイ会議で報告し共有されている。具体的な取り組みについては職員全体の参画までは至っていない。</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 法人としての中長期計画が策定されているが、一部、経営課題や問題点の解決に向けた具体的内容や数値目標などの設定、評価・見直しの仕組みなどが確認できない。</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 中長期計画に沿った事業所としての単年度計画は文書として確認できない。幹部会議など一部の数値目標の設定と評価見直しが行われている。職員の参画までは至っていない。教育委員会など各委員会の年度計画は作成されている。職員参画での中長期計画に沿った、数値目標や具体的な成果の設定された年度計画作成が望まれる。</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>評価概要</p> <p>事業計画は幹部会議など一部での数値目標の設定と評価見直しが行われているが、職員の参画までは至っていない。職員参画での中長期計画に沿った、数値目標や具体的な成果の設定された年度計画作成と職員への周知、評価・見直しが望まれる。</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>評価概要</p> <p>行事計画については文書でその都度、利用者や家族へ知らせている。今後、具体的な事業計画の策定と利用者・家族への周知方法や説明の工夫など検討し、利用者や家族などへの周知と理解をはかることが望まれる。</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
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>サービス向上委員会や教育委員会など委員会が中心となり目標の設定と評価・見直しの取り組みが行われている。職員参画のもと、定められた評価基準に基づいた組織的な評価を行う体制づくりが望まれる。今回初めての第三者評価受審については職員参画での自己評価が行われている。</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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <p>幹部会議や各委員会において、それぞれ目標設定から評価、見直しの体制が整いつつある。職員参画のもと、計画の実施状況の評価と課題抽出、改善計画の検討、定期的な見直しと改善策の実施など計画的な取り組みが望まれる。</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>運営規定・職務分掌規程等で役割と責任について明示され、有事における管理者の役割と責任、不在時の権限委任等を含め明確化され、会議や研修会等で職員への周知も図られている。</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>法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会を定期的に関催、理解と具体的な取り組みが周知されている。請求関係については二重のチェックを行うなど具体的な取り組みが行われている。</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>サービス向上委員会が中心となりサービスの質の向上に向けて月目標の設定と評価、見直し、課題の抽出と改善に向けた具体的な取り組みと職員への指導が行われている。年1回、利用者・家族へのアンケート調査や職員個別面の実施で問題点の把握と改善に向けた取り組みを行っている。キャリアパス制度が導入され、職員の教育・研修の充実が図られている。</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>経営の改善や業務の実効性の向上に向けて経営会議や運営会議において現状の把握と改善に向けた取り組みを行っている。退職金制度導入や介護休暇、産休・育児休暇取得促進、勤務時間の調整など働きやすい職場環境づくりに向けた取り組みを行っている。</p>		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価
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)
<p>評価概要</p> <p>法人として採用活動を実施、キャリアパス制度やキャリアパス段位制度を導入して人材の育成、定着に取り組んでいる。今後、具体的な育成計画への取り組み、定着に向けた職員参画の取り組みや工夫が望まれる。</p>		
15	Ⅱ-2-(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>個人面談、職員アンケート等で職員の意向や意見の把握と評価サービス向上委員会が中心となり、改善に向けた取り組みを行っている。今後、基本方針に「期待する職員像」を明示するとともに、人事基準に基づいた職員の専門性や職務能力、職務に関する成果や貢献度等の評価と職員への周知、自らの将来の姿を描くことが出来るような総合的な仕組みづくりが望まれる。</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組んでいる。	a・(b)・c
<p>評価概要</p> <p>法人中長期計画に働きやすい職場環境づくりとして福利厚生の実施を掲げ、退職金制度導入、各種休暇取得促進など取り組まれている。職員アンケートを年1回実施、職員の意向を把握し、配置転換や労働時間の見直し等、改善に向けた取り組みを行っている。</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。	a・b・(c)
<p>評価概要</p> <p>法人理念・基本方針で「期待する職員像」が明示されています。新人については新人研修マニュアルが整備され研修が実施されているが、職員一人ひとりの目標設定と目標管理のための仕組みが構築されていない。今後、個別の目標設定と研修計画の策定、個別面談の充実で進捗状況の確認と目標達成度の確認など評価・見直しの体制づくりが望まれる。</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。	a・b・c
<p>評価概要 法人理念・基本方針に「期待する職員像」が明示され、教育委員会が中心となり年間目標の設定と内部研修計画作成、年間目標並びに活動の評価、発表が実施されている。専門的な知識や技術を身に付けるための体系的な計画作成が課題となっている。</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・b・c
<p>評価概要 新人については 新人研修マニュアルがありマニュアルに沿って研修を行っている。また、階層別、職種別、テーマ別研修を内部・外部を活用して実施している。外部研修については職員への周知と参加への配慮は行っているが、人員不足により希望する研修が必ずしも受けられない状況がある。</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。	a・b・c
<p>評価概要 実習生等の福祉サービスに係る専門職の教育・育成に関する基本姿勢の明文化、実習生等の福祉サービスの専門職の教育・育成についてのマニュアルが整備されていない。基本姿勢の明文化とマニュアルの整備、また、指導者に対する研修計画と実施が望まれる。</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 法人の理念・基本方針、ビジョン等について法人行事や地域活動参加時に説明し、法人の存在意義や役割について明確にするよう努められているが印刷物や広報誌等での配布には至っていない。今後、事業計画や予算・決算等の公開、苦情・相談の体制や内容についての公表が課題である。第三者評価については課題の一つとして今回初めての受審である。</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 経理に関して毎月、公認会計士によるチェックが行われ助言を得て経営改善に向けた取り組みを実施している。事業所における事務、経理、取引等に関するルールが明確にされていない部分があり職員への周知に関しても不十分である。内部監査や外部監査の充実と職員への周知徹底が望まれる。</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 地域との関わりや貢献の重要性については法人理念・基本方針にも掲げ、職員への周知も図られている。法人行事でのボランティアや地域住民との交流、地域行事であるねぶた祭り等に参加するなど、地域の社会資源の活用と周知についても取組みがすすめられている。</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 ボランティア等受け入れについて基本姿勢の明文化、地域の学校教育等への協力についての基本姿勢の明文化が今後の課題と考えられている。事前説明など十分配慮されているが、ボランティア受け入れについて、必要項目の具体的内容が記載されたマニュアルの整備が望まれる。</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。	a・b・c
<p>評価概要 法人で地域の関係機関・団体について、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している。地域ケア会議やサービス事業所協議会等と連携し問題の把握と解決に向けた取り組みを行っている。</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>評価概要 法人行事としての夏祭りや敬老会、花見などでの地域住民との交流、公民館等へ出向いての健康教室や認知症サポーター養成講座などを開催している。災害時の地域における役割等についての確認と多様な機関等と連携して、地域の活性化やまちづくりへの貢献などが課題として考えられている。</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>評価概要 居宅連絡協議会などで地域の福祉ニーズの把握と地域住民に対する相談事業として 地域公民館への出張などを行っている。民生委員等との連携強化と地域の福祉ニーズに対して満足できるサービスの提供が課題として考えられている。</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
<p>評価概要</p> <p>倫理規定の中に尊厳の尊重、権利の尊重、自己決定の保障について明示している。福祉サービスの標準的な実施方法に利用者を尊重した職員の実践姿勢を明記している。サービス向上委員会で倫理、接遇の勉強会や定期的に実施の振り返りを行っている。</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。	a・(b)・c
<p>評価概要</p> <p>プライバシー保護のマニュアル等は整備されている。職員はプライバシーの保護、高齢者虐待について研修を受けている。送迎時、入浴・活動場面で虐待の兆候などを把握するようにしている。休憩のベッドには利用者のプライバシーを守る設備等の工夫、虐待防止マニュアルの整備が求められる。</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。	a・(b)・c
<p>評価概要</p> <p>事業所の紹介は、パンフレット、ホームページで説明している。利用希望者は見学、体験ができ利用を判断してもらっている。主任により時間をかけてゆっくり説明している。パンフレットの情報提供などについて見直しが検討されている。</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。	a・(b)・c
<p>評価概要</p> <p>契約書・運営規定に基づいて説明している。複数の事業所サービスを受けている場合は、利用者の自己決定を尊重している。意思決定が困難な場合は、指さし、ジェスチャー等分かりやすい言葉を使って理解できるように努めている。成年後見制度は今後の利用に向けて、研修計画やマニュアル作成を予定している。契約書・運営規定は、利用者及び家族が分かりやすい文字の大きさ・言葉遣い・福祉サービスの具体的な内容などの検討が期待される。</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。	a・b・(c)
<p>評価概要</p> <p>事業所や家庭への移行にあたり、居宅介護支援専門員による担当者会議に参加し継続性に対応した支援をしている。福祉サービス終了後は、利用者や家族が相談できるように、担当者や窓口について説明しているが文書は渡していない。移行に関する引き継ぎ手順書の作成が望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a・b・(c)
<p>評価概要</p> <p>利用者満足に関するアンケート(銀の声)を年に1回実施し、集計し検討している。結果は家族に文書で郵送している。送迎時や日頃の関わりの中で利用者や家族とコミュニケーションが取れるように工夫している。利用者満足に関する調査担当者は設置され検討会議も開催されているので、利用者参画や結果に基づいた改善策を今後活かすことが求められる。</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・ ③
<p>評価概要</p> <p>苦情解決の体制が整備され、苦情解決の仕組みについて掲示している。利用者・家族には運営規定を配布し説明している。利用者は、苦情受付担当者や意見箱を利用することは少なく、職員に直接相談や意見を話している。サービス向上委員会は、職員から受付後、随時対応しているが公表はしていない。苦情を申し出た利用者や家族には報告している。</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・ ③ ・c
<p>評価概要</p> <p>福祉サービス利用開始時に相談窓口、相談相手を自由に選べる機関を説明している。連絡帳、家族、介護支援専門員を通して意見や要望を把握している。事業所の玄関横に支援相談室が設置してあるが、利用は少ない。利用者は特定の職員を選んで意見や相談をしている。</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。	a・ ③ ・c
<p>評価概要</p> <p>利用者からの相談や意見に対して、マニュアルに沿って対応している。1日以内に処理できることを原則とし、迅速に対応している。職員は、送迎やレクリエーション時に利用者が話しやすい雰囲気づくりをしている。利用者、家族の意見を積極的に把握する取り組みの工夫や対応マニュアルの定期的な見直しが望まれる。</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・ ③ ・c
<p>評価概要</p> <p>事故発生時対応マニュアルが有り、事故防止委員会が設置されている。サービス提供時に起こりやすい事故をリストアップし、安全確保、事故防止に注意している。ヒヤリハット報告や事故報告は、委員会で報告している。発生状況、発生直後の緊急処置、背景・原因等を記録している。主任は申し送り時や通所会議で説明報告している。研修は全体会で発表した資料を回覧し、職員の理解を深めている。</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・ ③ ・c
<p>評価概要</p> <p>感染予防対策マニュアルに沿って感染対策を実施している。保健所や地域の情報を把握し流行前の徹底した対策を行っている。家族には、送迎時や連絡帳を通して予防を指導している。送迎時に感染症の発生を確認し、家族や事業所の予防を強化している。感染症委員会の研修に参加している。職員の健康管理に関して配慮がある。施設内全ての消毒液は微酸性電解水を使用している。職員は小ボトルを携帯し手指消毒している。</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やっている。	a・ ③ ・c
<p>評価概要</p> <p>非常災害に関して、消防計画に基づいて年に2回訓練を実施している。消火を充実するために、利用者も消火訓練に参加している。利用者の避難方法は、避難口からスロープを通過して避難する訓練をしている。ハザードマップで周辺環境の確認や利用者及び職員の安否確認の方法、家族への引き継ぎ方法等実効性の高い取り組みを期待される。</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</p> <p>標準的な実施方法は文書化されている。援助技術は詳細に記載されているが、利用者の尊重やプライバシー保護等の姿勢は不足している。標準的な実施方法に基づいてサービスが提供されるためにカンファレンスや毎月会議で確認している。職員の研修・勉強会・個別指導への取り組みが望まれる。</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</p> <p>個別的な福祉サービス実施計画は、定期的に会議を開催し現状を把握している。実施計画の内容は必要に応じて反映させている、事業所としての方法や見直しをする仕組みを定めたマニュアル基準策定が求められる。</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>評価概要</p> <p>個別サービス計画作成は、主任や看護師が中心となり作成している。居宅介護支援専門員の作成した計画の継続性に配慮した適切な実施計画を策定している。利用者、家族、リハビリ職員、栄養士等関係職員が参加し利用者の意向に沿った計画を作成している。毎月及び3ヶ月毎に会議で現状を確認している。</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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <p>個別サービス介護計画の実施状況は、毎月及び3ヶ月毎に現状を確認している。変更した計画及び情報は、申し送り報告、申し送りノートに記載する等で職員は内容を確認している。必要時介護支援専門員に報告している。緊急時の変更は、その都度行い現状をふまえ計画修正している。定期的なサービス実施計画の評価・見直しについて組織的な仕組みを定めることが期待される。</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・c
<p>評価概要</p> <p>身体状況や生活状況等は実施記録や申し送りノートに記載している。主任は記録内容や書き方を確認し必要時個別指導をしている。栄養士は通所会議に参加し現状把握や情報を提供している。リハビリ会議は主任が中心になり参加し、職員全体の情報共有化を図っている。リハビリ、栄養、介護ともに記録用紙を配布し各自が確認するようにしている。計画修正や情報が的確に届く仕組みの整備が期待される。</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</p> <p>個人情報保護方針により規定を定めているが、保存期間や廃棄について定めていない。利用者や家族には、サービス開始時に契約書や運営規定を渡し説明同意を得ている。</p>		

福祉サービス第三者評価基準

【 高齢者福祉サービス版 内容評価項目 (通所) 】

H29.5.1改訂

A-1 生活支援の基本と権利擁護		
A-1-(1) 生活支援の基本		第三者評価
	A-1-(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-(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
<p>評価概要</p> <p>①アセスメントや利用者の意向に沿った支援計画に基づき支援している。利用者一人ひとりに応じたりハビリテーションや入浴は希望に沿って実施している。活動メニューで、はさみを使う・糊をつける・色を塗る。絵をかく等の活動を支援している。外出レクリエーションの希望があるが、今後の検討課題となっている。テーブル拭き・バスタオルたたみ・枕カバー入れ・プランターに苗を植える等、在宅での役割を活かしている。</p> <p>②利用者自ら職員に意見や要望を伝えることが多くあり、職員とのコミュニケーションはとれていると判断できる。気になる利用者や話すことが困難な方には、送迎の時間を使って話をするようにしている。一人ひとりの思いや暮らし方の希望を把握するには、話したいことを話せる機会をつくりゆっくり落ち着いた環境設定が望まれる。</p>		
		第三者評価
	A-1-(2)-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 (b) c
<p>評価概要</p> <p>①身体拘束適正委員会マニュアルが整備され、毎月委員会を開催している。緊急やむを得ず身体拘束を行う場合の手順や記録類について明記している。高齢者虐待防止の資料は準備している。事業所独自のマニュアルは作成されていないが、送迎時、サービス活動時の表情や言動、入浴時の身体観察、家族の言動等虐待の兆候に注意している。現在不適切な事例は発生していない。職員は、身体拘束や高齢者虐待の研修を受けている。</p>		
A-2 環境の整備		
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		第三者評価
	A-2-(1)-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・(b)・c
<p>評価概要</p> <p>フロアは明るく採光も入り不快な臭いもなく加湿器を設置し適切な生活環境になっている。利用者の定員が20名であり、テーブルや椅子、リハビリテーションの機器を入れると狭く感じるが、利用者同士トラブルなく安全に移動できている。休息用のベッドや畳が準備されているが、在宅でベッドを使用している方もおりベッド数は不足している。環境について、利用者の意見や要望を把握する取り組みと改善の工夫を期待される。</p>		
A-3 生活支援		
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		第三者評価
	A-3-(1)-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・(b)・c
	A-3-(1)-② 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・(b)・c
	A-3-(1)-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・(b)・c
<p>評価概要</p> <p>①入浴は午前を原則としているが、希望も取り入れている。入浴前は健康を確認し、入浴の可否を判断している。入浴前は浴室内の安全管理や脱衣室の温度管理を適切に行っている。入浴の誘導や介助は利用者の尊厳や羞恥心に配慮し、一人ひとりの入浴計画に沿った支援をしている。入浴を拒否する場合は声掛けの内容や言葉を選んで支援している。</p> <p>②利用者の意向や排泄パターンを把握し、誘導や声掛けを行いトイレでの排泄を目標に支援している。失禁対応は迅速に行い、失禁回数が減るように取り組んでいる。送迎前は尿臭対策をしている。排泄介助は転倒や尊厳やプライバシーに配慮している。</p> <p>③利用者の移動は車いす、杖、シルバーカー、歩行器、四点杖等心身の状況や本人の意向に合わせた移動手段である。毎日リハビリの職員が勤務しているので、直接相談したり指導を受けることができる。おやつ後は廊下を使って歩行訓練を自主的に実施している。</p>		
A-3-(2) 食生活		第三者評価
	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a・(b)・c
	A-3-(2)-② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・(b)・c
	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a・b・(c)
<p>評価概要</p> <p>①献立は業者が入り管理栄養士が確認している。行事食の提供や月に3回セレクト食事を提供している。昼食は楽しみの一つであり、座る席と一緒に食事する相手は自分たちで決めている。会話をしながら楽しい雰囲気の中で食事している。給食会議は3ヶ月に1回開催し、利用者の要望等や感染対策・給食業務について話し合いをしている。</p> <p>②食事形態はみじん、とろみつき、ミキサー食、一口大等心身の状況や嚥下能力に合わせた食事を提供している。食事前はラジオ体操、立ち上がり体操、口腔・嚥下体操を行い肺炎予防や口腔機能向上を図っている。栄養改善サービスを受けている利用者は、管理栄養士が計画策定し評価を行い栄養バランス・栄養確保や経口摂取の継続につなげている。家族や介護支援専門員に報告し連携を取っている。食事中の事故発生について、マニュアルを作成し、緊急時に職員が対応できる取り組みが望まれる。</p> <p>③利用者の口腔清掃の自立度を把握し、個別に応じた口腔ケアを支援している。職員の口腔ケアについての研修や歯科医師や歯科衛生士の助言や指導をうけ口腔機能の保持・改善に取り組むことが望まれる。</p>		

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア	第三者評価
A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a・b・ c
<p>評価概要 褥瘡防止排泄委員会にて年に1回研修会を実施している。現在褥瘡治療の事例はないが、栄養改善サービス計画で栄養評価を行いリスクの高い利用者は、栄養確保し褥瘡の予防につなげている。また入浴で清潔維持や失禁防止に努め褥瘡の予防に努めている。職員研修計画や褥瘡の発生予防・ケア等標準的な実施方法の整備を期待します。</p>	
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養	第三者評価
A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	a・ b ・c
<p>評価概要 該当利用者の受け入れがなく、介護職員による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制の確立取組みは行っていない。</p>	
A-3-(5) 機能訓練、介護予防	第三者評価
A-3-(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
<p>評価概要 個別計画に沿って機能訓練やリハビリを実施している。要支援の方は家庭での生活を継続させるために、全員が介護予防通所リハビリテーション計画を作成し実施している。自宅に訪問し家屋調査や家族指導をしている。利用者は介護予防のために積極的に取り組んでいる。利用者・職員もリハビリ職員から直接助言や指導を受けることができている。必要時介護支援専門員を通して医療機関などへつないでいる。</p>	
A-3-(6) 認知症ケア	第三者評価
A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a・ b ・c
<p>評価概要 認知症による行動・心理症状(BPSD)がある利用者について、細かな観察を行いアセスメントを行っている。職員はあらゆる場面に配慮しながら、否定したり無理に本人に触らない等受容的な姿勢で支援している。テーブルの座席は利用者同士で決めていくが、症状のある時は、座席を工夫し落ち着いた環境で過ごせるようにしている。家族・介護支援専門員に報告し情報の共有を図っている。家族の負担軽減につながるようケアの相談も受けている。</p>	
A-3-(7) 急変時の対応	第三者評価
A-3-(7)-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、取組を行っている。	a・ b ・c
<p>評価概要 健康管理に関するマニュアルがあり、通常健康状態を把握し記録している。利用者のその日の体調について、迎え時に家族から聞き事業所に到着後健康測定を実施している。体調変化や異変の兆候の発見時は、看護師に報告し法人施設の医師と連携を取り対応している。医師の指示のもとかかりつけ医の診察や入院が必要な場合は、家族に連絡報告し家族の協力を得ている。服薬は看護師が管理している。</p>	
A-4 家族等との連携	
A-4-(1) 家族等との連携終末期の対応	第三者評価
A-4-(1)-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・ b ・c
<p>評価概要 利用者のサービス時の活動状況や体調・義歯や歯の不具合など必要時電話や連絡帳・送迎などを通して報告している。面会や毎月の支払で事業所訪問時は、お茶を飲みながら直接報告や意見・要望を聞く機会にしている。家族の相談にはその都度対応している。家族が安心して介護できるように取り組んでいる。</p>	