

第三者評価結果

※すべての評価細目(45項目)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。
 ※評価項目毎に第三者評価機関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。	b
<コメント> 法人の理念は「心のケアを大切に家庭的施設、地域に開かれた施設づくりをめざして」で、パンフレット、ホームページに記載されています。地域密着型通所介護事業所の特徴が理念から読み取ることが出来ます。理念は毎月開催するグリーンケアデイサービス会議で管理者から話して職員へ周知しています。相談室に理念を掲示していますが、利用者や家族にわかりやすくなっていません。利用開始時に、利用者、家族には説明しています。		

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> 毎月法人の全事業所の管理者が参加する経営会議で、利用率の報告と経営状況の分析を行っています。事業所のデータから、利用ニーズなどを話し合っています。法人から管理者宛てに公報で、来年度の介護保険改定内容など福祉事業の動向について連絡してきます。事業所が団地の中にあるという環境からサービスのニーズを検討しています。		
【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
<コメント> 毎月経営会議で管理者から財務報告や活動報告を行い、事業所の課題について話し合いを行っています。事業所の職員会議でも毎月管理者から財務的収支や利用率などを職員へ報告し、課題についても周知しています。報告内容については会議録に記録しています。理事会でも法人の経営状況や課題について理事や監事で話し合いをし、理事会議事録に記録しています。		

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。	c
<p><コメント></p> <p>毎年単年度の事業計画は策定されていますが、中・長期計画は法人でも策定されていません。今後は理念や基本方針の実現に向けた目標(ビジョン)を明確にし、目標を達成するための中・長期計画を策定することが望まれます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>管理者が作成した単年度計画を基に、法人の施設長、理事長、副理事長、管理者と協議し策定しています。今年度の事業計画には稼働率70%を目指す数値目表を設定して、評価を行えるようにしています。またグリーンキッチンとの協働や地域ニーズに応えるためのマシーントレーニング体験会の実施などを計画し、実施可能な内容になっています。職員会議でも事業計画の内容について話し合っています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>事業計画は作成時に職員会議で話し合った内容を取り入れて管理者が策定しています。事業計画の内容は、半期ごとに評価を行い、中間報告と年度末に事業報告を本部にしています。作成時は経営会議で各事業所の管理者から意見を吸い上げ、最終的には、本部でまとめた事業計画を策定しています。策定した事業計画はファイルにして、いつでも見られるようにしていますが、職員の理解は十分ではありません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>運営推進会議で、利用者家族代表に利用人数や実績などの報告は書面でしていますが、事業計画については口頭での説明のみになっています。全利用者や家族には事業計画の内容を周知していません。今後は、書面などで周知することが望まれます。</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
<p><コメント></p> <p>毎月デイサービス会議でプログラムなどの支援内容について話し合い、質の向上に取り組んでいます。第三者評価は今年度が初めての受審ですが、来年度からは検討していく考えです。毎年通所介護利用者30人位を対象にサービス内容についてのアンケート調査を実施しています。アンケート結果の内容を課長会議で話し合い、分析と検討をしています。</p>		

【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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者アンケート結果については、毎月のデイサービス会議で職員間で話し合っ分析していません。分析結果は記録に残しています。分析結果に基づき、改善策は出していますが、改善計画を作成する迄には至っていません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>グリーンケア善行の職員職務分掌があり、その中で管理者の職務内容が分かりやすく明示されています。職員へは文書で周知しています。災害時の管理者不在時の権限委譲も明確になっています。管理者は毎月経営会議に参加し、決定した内容は毎月のデイサービス会議で職員へ説明し、リーダーシップを発揮しています。広報誌に管理者の役割や責任については掲載していません。</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
<p><コメント></p> <p>毎年法人内研修で、法令に関する研修を実施していますが、今年は新型コロナウイルス感染防止のため実施できていません。今年9月に管理者による権利擁護・法令順守・虐待についての研修をデイサービス会議の中で実施しました。法人の「職員倫理規程」にサービス利用者に対する職員行動規範・行動指針が明記され、法人ファイルに入れ、全職員で内容を確認し理解しています。</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
<p><コメント></p> <p>経営会議や課長会議、部署内会議などで、サービスの質について話し合い、評価分析を行っています。例えば送迎時の帰りの時間帯には子供たちと接触の危険性があるので、出口を入口の反対側に変更し、移動時の事故防止対策を実施しました。グリーンキッチンの弁当の持ち帰りやマシンの負荷設定の見直しなどを検討し実行しています。また管理者が送迎や機能訓練、排泄介助などを行い、利用者からの意見などを直接聞いています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>毎月経営会議の中で管理者は、利用率や収支報告をし、経営改善に向けた話し合いを行っています。同建物内に法人運営の託児所があり、利用している職員もいて、働きやすい環境になっています。職員採用時面接は法人が行っていますが、年2回管理者が職員の面談を行い、異動などの希望を聞いています。課長会議で、エコ委員会から暖房温度設定を決定して、水道料金をグラフにして検討するなどコスト削減にも取り組んでいますが、事業所内では同様の意識を形成するに至っていません。</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。	c
<コメント> 職員採用や異動などの人事は本部人事担当職員が行っています。事業所では、管理者が年2回職員の面談を行い、異動の希望を聞いて、本部の理事長、副理事長、施設長が参加する経営会議で報告しています。また事業所で必要な人材も本部人事担当者に配置依頼しています。必要な福祉人材や人員体制についての具体的な計画は作成されていません。		
【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> 就業規則に人事基準が明示されていて、規定綴りに入れて、職員がいつでも見られるように事務所に保管されています。キャリアパスの研修はリーダー職員は受講していますが、キャリアパスについては文書で明記されていません。年2回管理者が異動などの意向を聞く個別面談は行っていますが、人事考課は実施していません。今後は定期的実施さ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。	b
<コメント> 管理者が職員の個別面談で、異動や働き方の希望を聞いて、改善に向けて取り組んでいますので、離職率は低くなっています。メンタルヘルスやハラスメント研修は毎年実施していますが、今年度は新型コロナウイルス感染防止のため実施できていません。ストレスチェックを毎年実施し、毎月嘱託医が参加する衛生委員会を開催しています。高ストレス者や相談希望のある職員は嘱託医に相談できる体制を築いています。		
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。	b
<コメント> 新任職員に対しては法人で新任研修を実施しています。事業所では、教育担当職員が最長1年間OJTを行い、月1回面談を実施し、職員の育成に取り組んでいます。管理者は年2回個別面談を実施し、職員の意向の把握は行っていますが、個別に目標設定を定めた育成計画は作成されていません。今後は職員一人一人の目標設定した育成計画を作成し、育成に取り組むことを期待します。		
【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> 法人が研修計画を策定し、職員の研修を実施しています。研修計画には、役職(課長・課長補佐・リーダー6年以上・3~5年勤務・2~3年勤務・1年未満)別に基礎研修、階層別課題、職務別課題を明示してあります。研修は主に県社会福祉協議会の研修を受講し、事業所では市主催の感染症などの研修に参加しています。その他に必要時部内研修をデイサービス会議の中で実施しています。		

【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
<p><コメント></p> <p>新卒の新任研修は基本理念や倫理などを中心に、法人本部で外部講師により実施しています。中途採用の場合は事業所で、教育担当職員がOJTを中心に行っています。法人での研修計画に沿って、毎年役職や勤務年数により、該当する研修を受講しています。介護福祉士の資格習得のための試験対策研修を法人で実施し、資格取得を促しています。</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研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	c
<p><コメント></p> <p>実習生は最近では受け入れしていません。受け入れ時は学校との調整は行っていますが、実習生受け入れ時のマニュアルやプログラムなどは用意されていません。</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。	a
<p><コメント></p> <p>法人のホームページには、基本理念や定款の他に、資金収支計算書、事業活動計算書、貸借対照表などの財務内容も公開しています。またパワーリハビリ用の専用マシンが置かれた通所介護の写真や利用料金も掲載されています。パンフレットには、基本理念、法人概要、法人沿革の他に法人が運営する施設が写真入りで紹介されています。広報誌「グリーンケア善行通所介護瓦版」を発行し、地域に向けて事業所の情報の発信をしています。</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
<p><コメント></p> <p>事業所の職員職務分掌に管理者、生活相談員、介護職員リーダー・常勤・パート、看護師、機能訓練指導員の権限や責任が明示され、職員へ周知しています。運営規定にも職員の職種、員数、職務内容が明記されています。事業所の内部監査は実施していませんが、法人では年1回外部監査を実施し、監査報告書で各事業所に結果を知らせています。</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
<p><コメント></p> <p>自治会主催の善行団地秋祭りに施設を開放し、マシントレーニング体験会を実施して、地域住民と交流をしています。法人が市から委託をうけて実施している「通いの場・グリーンサロン」では、体操や手芸などのプログラムに、地域の高齢者30人位が参加し交流しています。運営推進会議には、自治会長や老人会会長、民生委員、利用者代表、地域包括支援センター、市職員が参加し、事業所から事業内容などの報告をしています。</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。	c
<p><コメント></p> <p>ボランティアの受け入れはしていません。ボランティア受け入れマニュアルは法人で整備しています。</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
<p><コメント></p> <p>地域包括支援センターが近隣にありますので、相談のある利用者には案内しています。居宅介護支援事業所のケアマネジャーが開催する担当者会議には参加し、他事業所とも連携を図っています。関係機関・団体とは定期的な連絡会等を行っていません。毎月通所介護の活動状況のモニタリングとインボディー報告(体成分分析・筋肉と脂肪の割合・部位別バランス)をケアマネジャーに報告し連携しています。憩の家(公民館)の建て替えの署名活動など地域団体と協力して行っています。</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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>年2回デイサービスの利用者の意見を聞いて課題などを把握しています。老人会と連携し団地内の独居老人の状況などを把握しています。地域密着型のデイサービスなので、運営推進会議に自治会会長や老人会会長、民生委員、利用者代表、地域包括支援センターなどが参加して、地域の福祉ニーズを話し合う機会を持っています。また法人が受託している「通いの場・グリーンサロン」に月2～3回参加し、地域住民の意見などを聞いています。</p>		
【27】	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>地域に開かれた施設、地域ニーズに応える施設づくりを目指し、善行団地秋祭りでマシントレーニング体験会を実施しています。事業計画にも記載し、実施しています。車いすを地域住民に無償で貸し出しを行っています。法人受託の「通いの場グリーンサロン」へ職員が参加し、地域の高齢者の生きがい作りを支援しています。自治会主催の防災訓練などには参加していません。</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。	a
<p><コメント></p> <p>法人の高齢部門事業基本方針に「サービス利用者の意志を尊重し、個別ケアに取り組みます」と明示し、実践に取り組んでいます。法人が定めた「職員倫理規定」があり、「サービス利用者に対する職員行動規範に基づく行動指針」の具体的内容が明示され、職員へ配布し、理解を深めています。毎月職員が自己点検シートで、虐待行動や通報義務など30項目のチェックをし、自己の行動の振り返りを行い虐待防止に努めています。</p>		
【29】	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>法人の作成した「プライバシー保護取り扱いマニュアル」が整備されています。サービス利用契約時に「個人情報使用同意書」の説明をし、同意の署名をもらっています。排泄介助は同性介助で行っています。一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供しつつ、利用者のプライバシーを守るように工夫しています。利用者から相談があつて、他人に聞かれたくないような場合は、相談室で話を聞くようにしています。</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
<p><コメント></p> <p>パンフレットを地域包括支援センターや市民センター、居宅介護支援センターに置いてもらい、利用希望者に渡してもらっています。利用希望者にはパンフレットや広報誌などで施設概要やサービス内容、利用料金などの説明をしています。見学希望者は予約制で受け付けて、管理者が対応しています。利用希望がある場合はケアマネジャーに連絡し、連携しながら利用に繋げています。</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
<p><コメント></p> <p>利用希望者には、管理者か生活相談員が家庭訪問し、重要事項説明書で事業所概要やサービス内容、利用料金、秘密保持、苦情受付などの説明をし、利用契約書と共に、同意の署名をもらっています。代筆の場合は代理人欄にも署名してもらっています。サービス内容の説明時には、パワーリハビリテーションで使用する各種マシンの写真付き説明書で分かりやすく説明しています。</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
<p><コメント></p> <p>サービス内容の変更があつた場合はケアマネジャーから連絡が入るので、担当者会議で検討しています。他のサービスや事業所に移行する場合には、意見や利用状況などの情報提供を行っていますが、手順や引継ぎ文書など定めたものではありません。</p>		

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
【33】	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>毎年利用者満足度調査を実施しています。サービス内容では送迎やタイムスケジュール、施設内雰囲気、機能別訓練、トレーニングマシンの機能訓練効果、職員の対応などについて意見を聞き、サービスの総合評価を実施しています。結果をまとめ職員へ知らせ、今後のサービスの改善などに繋げています。苦情のある利用者には訪問して、話を聞き対応しています。家族会や利用者会などからの利用者満足度は把握していません。</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
<p><コメント></p> <p>苦情解決体制が確立され、相談室に掲示されています。苦情があった場合は苦情等報告書に、苦情内容、受付時の職員の対応、苦情解決責任者の対応・処理、今後の対策を記載し、法人本部へ報告しています。苦情があった場合は苦情受付担当者である管理者が申し立て者の話を聞き、苦情解決・改善に取り組んでいます。地域住民から送迎車の止め方などの苦情があったことがあり、本部と課長会議で報告し、改善しています。苦情カードの配布やアンケートを実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫は課題となっています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者が苦情や相談がある場合は、事業所の他に担当ケアマネジャー、市、国民健康保険団体連合会に相談できることが契約書に明示されています。重要事項説明書にも苦情や相談の受付できる期間と連絡先が明示され、契約時に利用者・家族に説明しています。利用者からの相談があった場合は相談室で個別に受けることが出来ます。苦情解決制度については相談室に掲示していますが、より目につきやすい場所に掲示されることが望まれます。</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
<p><コメント></p> <p>苦情対応マニュアルが整備され、苦情受付、報告記録、苦情解決、解決の結果記録、苦情報告書などについて分かりやすく明示してあります。意見箱は設置していませんが、マシントレーニングの合間にティータイムを30分位設け、季節のお茶を楽しみながら、利用者同士の交流や職員へ気軽に相談できる機会になっています。年1回利用者にサービスや職員の対応などについてのアンケートを実施し、利用者の意見の把握に努めています。苦情内容は法人の課長会議で報告し、改善策についても話し合っています。</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
<p><コメント></p> <p>事故対応マニュアルや緊急時対応マニュアルなどが整備され、事故発生時は事故報告書で報告しています。市へ報告する事例は発生していません。毎月課長会議で、法人各施設での事故報告をし、改善策を検討し、再発防止に努めています。法人本部から管理者に公報で事故事例の情報が来ますので、全職員へ周知し、事故防止の注意喚起を行っています。</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
<p><コメント></p> <p>常勤看護師が感染症マニュアルを作成し、事業所内の感染症に関する研修も実施しています。市が開催するノロウイルス対策やコロナウイルス対応などの研修にも職員が参加しています。本部主催の衛生委員会に看護師が参加し、新型コロナ情報についての話し合いを行っています。コロナウイルス対策としては、トレーニング前後の利用者の検温、手指消毒、2時間毎の換気、午前・午後の入れ替え時の掃除・アルコール消毒などを徹底しています。</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行っている。	a
<p><コメント></p> <p>地震、豪雨等の災害に対して、利用者の安全確保のための取り組みを組織的に行っています。防災計画に基づき、年2回利用者と一緒に避難訓練を実施しています。また年1回消防署の立ち入り消防点検を受けています。警備会社と提携し災害時にも対応するセキュリティーシステムを導入しています。防災関係の食料品の備蓄は、近くにある本部で行い、災害時には取りに行くようにしています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>サービスマニュアルに入浴介助、排泄介助、食事介助、送迎などがあり、その他苦情対応、プライバシー保護の取り扱いマニュアルなどが整備してあります。「サービス利用者に対する行動指針」に人権の尊重と対等な立場での支援についてなどが文書化されていて、職員へ配布し、周知徹底を図っています。</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
<p><コメント></p> <p>サービスマニュアルの見直しは年1回管理者主導で、デイサービス会議で、職員の意見を聞きながら行っています。例えば、ドライバーからの意見で、送迎の手順を変更したり、機能訓練担当者の意見で、体操プログラムやマシンの負荷などの変更をしています。</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
<p><コメント></p> <p>通所介護計画書は管理者か生活相談員が作成しています。利用者台帳には、緊急連絡先やかかりつけ医の情報を記載し、「興味関心チェックシート」で、日常生活状況や趣味、友人・知人との交流、運動などの状況をアセスメントしています。ケアマネジャーの作成したサービス等利用計画書を基に、アセスメント結果を踏まえて、通所介護計画書を作成しています。機能訓練プログラムの内容が具体的に記載されています。</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
<p><コメント></p> <p>通所介護計画書の実施状況のモニタリングは介護予防利用者には毎月、要介護利用者には3ヶ月毎に実施しています。モニタリング結果はケアマネジャーに報告しています。運動機能評価を3ヶ月毎に実施し、身長、握力、開眼片足立ち、坐位体前屈、5m歩行の状況を記録しています。状態の変化が見られたら、通所介護計画書の見直しを行い、ケアマネジャーに報告しています。</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
<p><コメント></p> <p>「個人バイタルチェック・トレーニング記録」に利用者の毎日の血圧、脈拍、体温、水分量、問診チェックを記録しています。その他にマシントレーニング内容を記録して情報共有しています。トレーニング内容は通所介護計画書に記載されたものの実施状況を記録しています。3ヶ月毎に運動機能評価記録や「インボディー検査」(体成分・骨格筋・脂肪・部位別バランスなど)の記録をし、利用者の身体能力などの判断にしています。パソコンのネットワークシステムの利用により情報の流れを明確にして、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されています。</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
<p><コメント></p> <p>「プライベート保護の取り扱いマニュアル」に個人情報を取り扱う時や収集時の注意点、情報管理について、情報の開示・訂正・廃棄などが明示され、職員に周知しています。利用者や家族には利用契約時に個人情報使用についての目的や範囲、期間などを説明し、同意を得ています。個人情報の記録管理などに関する部内研修を実施しています。個人情報に関する書類は鍵のかかる場所に保管し、持ち出し禁止にしています。</p>		