

## 福祉サービス第三者評価結果シート兼アドバイスレポート

- 受審事業者名 通所リハビリテーションひまわり
- 評価実施期間 2015年 8月 1日 から 2016年 3月 15日
- 評価機関 株式会社 H.R.コーポレーション
- 評価調査者 K-0401004 ・ HF06-1-0010 ・ HF06-1-0011 ・ HF12-1-021

### 総合コメント

#### 特に良い点

- ・事業所の運営について  
法人の運営管理体制が確立しており、各部門について規程・マニュアルが整備され、職種別・階層別に会議や委員会が設置され機能している。
- ・サービスの実施について  
自然光が差し込む広い機能訓練室に、多種の機器が整備され、機能訓練士の配置も多く、利用者が安全に機能訓練に取り組める環境が整備されている。  
改定された通所リハビリテーション計画の書式に基づいて評価を行い、自立に向けた機能訓練が実施されている。
- ・地域との連携について  
パンフレット・広報誌と共に、ホームページやフェイスブックも活用し、事業所の情報を地域に発信できるように取り組んでいる。また、ボランティアや理学療法士養成校からの実習生を受け入れ、事業所の機能を活かして地域との連携に努めている。

#### 特に改善を要する点

- ・事業計画の評価について  
各年度の事業計画の評価については、年度末に「振り返り」として総括的に行われていますが、達成度や次年度の事業計画への見直しとの整合性が明確になっていない部分があります。計画の実施状況の把握・評価を、会議等の機会に計画的・定期的に行い、年度末には総括し、次年度の計画策定につなげることが望まれます。  
また、評価を行う際には、利用者や家族等の意見を評価材料にできるような工夫を期待します。
- ・サービスの実施過程の確立について  
内容に応じて法人マニュアルと事業所独自マニュアルを作成している。マニュアルの実施方法を全職員に浸透させるための取り組み、及び、サービス実施に活かされていることを確認する仕組みが望まれます。法人マニュアルの見直しは、年度末に行う予定ですが、事業所独自マニュアルについても、定期的に見直すことが望まれます。  
ケース会議は通所リハビリテーション会議の中で行われる仕組みがありますが、ケース検討の内容を議事録に残し、職員間の共有と経過の確認を行うことが必要です。
- ・安全管理・衛生管理についてのマニュアルの周知と見直しについて  
施設全体で安全対策委員会を定期的開催し、安全管理・衛生管理についてのマニュアルを作成していますが、マニュアルの周知についての具体的な取り組みが望まれます。また、安全管理・衛生管理についてのチェックリストを作成し、定期的な点検する仕組み作りが望まれます。

I 事業所の運営

1 事業所に関する情報等の提供		(A <sup>+</sup> ) A <sup>-</sup> B <sup>+</sup> B <sup>-</sup> C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1 事業所のサービス提供に関する基本方針を職員及び利用者やその家族等に周知している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 基本方針を職員が理解するための具体的な取組を行っている。</li> <li>■ 基本方針を会報や印刷物などに掲載して、利用者やその家族等に配布している。</li> <li>■ 基本方針をホームページに掲載したり、求められれば提供するなど、誰でも知ることができるようにしている。</li> </ul>		(A) B C	<p>「理念」「基本方針」を事業所内に掲示し、毎朝施設全体で行われる朝礼でも唱和を行い周知を図っている。年度初めの朝礼では、施設長が理念について話をし理念の理解と浸透を図っている。事業計画作成の際も理念に基づいた検討を行っている。「理念」「基本方針」を広報誌「まごころ 5月号」に掲載し、利用者・家族に配布している。ホームページにも掲載し、誰でも知ることができるように取り組んでいる。</p>
	補足等:			
2 事業所が行っているサービスの情報を積極的に提供している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 利用者やその家族等が適切にサービス選択するために必要な情報を提供している。</li> <li>■ 情報をホームページに掲載するなど、誰でもいつでも知ることができるようにしている。</li> <li>■ 提供している情報を定期的に見直し、内容の変更などに速やかに対応している。</li> <li>■ 質問に応じて説明を行う用意がある。</li> </ul>		(A) B C	<p>パンフレット・ホームページ・広報誌等により、利用者・家族・広く一般に、事業所が行っているサービスの情報を提供している。ホームページは定期的に更新し、法人本部が情報発信している。また、フェイスブックは事業所が頻繁に更新し、サービス内容・活動内容をわかりやすく紹介できるように取り組んでいる。パンフレット・ホームページ・広報誌等に連絡先が明示されており、見学や体験に随時受付・対応している。ホームページからはメールでも問い合わせができる。</p>
	補足等:			

I 事業所の運営

2 サービスの質の向上		A <sup>+</sup> A <sup>-</sup> (B <sup>+</sup> ) B <sup>-</sup> C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1	サービスの質の向上を目的とした検討体制を整備している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ サービスの質向上を目的とした委員会などを定期的に開催している。</li> <li>■ 委員会などの検討内容や結果を記録している。</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/> (A) B C <input type="checkbox"/>	<p>法人内で、「サービスの質検討委員会」を月に1回定期的に開催し、サービスの質向上に向けて検討する体制を整備している。委員会の内容は、今年度から出席者全員が記録するようにしている。</p> <p>月に1回通所リハビリ会議を開催している。事前に議題を提示し、職員の意見・提案を収集することにより、より多くの職員の意見・提案を収集し、会議が効果的に能率的に行えるよう取り組んでいる。また、毎日夕方にブリーフミーティングを開催し、日々、職員の意見や提案を収集できるように努めている。人事考課制度を導入し、年に2回個人面談を行っている。面談は、詳細な面談シートに基づき、意見・提案を出す機会にもなっている。</p> <p>日常的には、ひまわりデイケア手帳や送迎時を活用して意見の収集に努めている。意見はブリーフミーティング等で共有しているが、意見の検討と対応結果を記録に残すことが望まれる。定期的には、年1回「満足度調査」を実施し、食事・入浴・職員対応・ケア等について、利用者・家族の満足度と意向に関する調査を行っている。「満足度調査」の集計結果から、出された意見を検討し、対応結果については利用者や家族にフィードバックすることが望まれる。</p> <p>施設全体の中長期計画を、平成27年度に策定している。社会福祉事業全体の動向も配慮しながら理念・基本方針の実現に向けた課題を明記し、課題克服のための目標を項目別に、明文化している。中長期計画の内容を基に、事業所ごとに平成27年度事業計画を策定している。各年度の事業計画の評価については、年度末に「振り返り」として総括的に行われているが、達成度や次年度の事業計画への見直しとの整合性を明確に確認するには至っていない。計画の実施状況の把握・評価を会議等の機会に計画的・定期的に行い、年度末には総括し、次年度の計画策定につなげることが望まれる。また、PDCAサイクルに基づいた経過について記録に残すことが望まれる。また、評価を行う際には、利用者や家族等の意見を評価材料できるように聴取方法の工夫が望まれる。</p> <p>キャリアパスの人事考課制度の「業務管理評価シート」の中で、職員一人ひとりに必要な知識や技術を明確にしている。資質向上に向けた目標は「自分が目標にすること」等の項目で明確化されている。資質向上に向けた担当者を施設長としている。法人内で、役割資格等級基準、昇格基準が明確にされており、人事方針は資質向上に向けた目標と整合がとれている。事業計画の中に、内部研修・外部研修の年間計画表が策定されているが、職員の個別性に合った研修計画の策定には至っていない。「業務管理評価シート」の中で明確になった、職員一人ひとりについて必要な研修が受講できるように、計画的な取り組みが望まれる。</p> <p>法人内研修として在宅事業部勉強会の年間研修計画を立てている。外部研修は、兵庫県老人保健施設協会研修会等に参加し、命令簿並びに復命書により研修内容を報告し、伝達研修を行っている。外部研修への参加状況は研修参加一覧表で把握できる。事業所が承認した個別研修参加については、旅費規程に基づいて受講料・旅費・勤務扱い等の支援を行っている。新入職者については、法人としての研修プログラムに沿って、基本方針等基本的事項の研修を行った後、老健ひまわり新人職員育成計画に沿って研修を実施している。</p> <p>キャリアパスによる人事考課制度で年2回の定期的な個別面談の機会が設けられており、また、デイ会議等でも指導・助言を受ける機会がある。組織図で施設長が職員に対し指導・助言を行う体制が整備されていることが確認できる。必要に応じて協力医療機関の医師や看護師等の専門的な技術を持つ人に指導・助言を受けることが出来る体制がある。</p>
2	サービスの質の向上への取組に職員が参加している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 定期的に職員からの提案を募集している。</li> <li>■ 職員の意見を聴取するための場を設けている。</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/> (A) B C <input type="checkbox"/>	
3	サービスの質の向上への取組に利用者やその家族等の意見を取り入れている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 定期的に利用者やその家族等の意見を聞く機会を設けている。</li> <li>■ 出された意見を検討している。</li> <li>■ 出された意見の対応結果の説明・報告を利用者やその家族等に対して行っている。</li> </ul>	<input type="checkbox"/> A (B) C <input type="checkbox"/>	
4	サービスの質の向上に向けた計画的な取組を行っている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ サービス内容や実施体制に関する事業所の中・長期的な課題や問題点を明らかにしている。</li> <li>■ 課題や問題点を克服するための目標を設定した3年間程度の中・長期計画を策定している。</li> <li>■ 中・長期計画の当該年度の内容を反映した1年ごとの事業計画を策定している。</li> <li><input type="checkbox"/> 事業計画の評価を行うために、職員の意見を聞いている。</li> <li><input type="checkbox"/> 事業計画の評価を行うために、利用者やその家族等の意見を聞いている。</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/> A (B) C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
5	職員の資質向上に向けた体制を整備している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 職員一人ひとりに必要な知識や技術などを明らかにしている。</li> <li>■ 職員一人ひとりに必要な資質・技術の修得に向けた研修計画を策定している。</li> <li>■ 職員の資質向上を一元的に推進するための担当者を設置している。</li> <li>■ 職員の人事方針は資質向上に向けた目標と整合がとれている。</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/> A (B) C <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
6	職員の研修機会を確保している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 事業所内研修を定期的に行っている。</li> <li>■ 職員を外部の研修会に積極的に参加させている。</li> <li>■ 外部研修会の参加者による事業所内の伝達講習又は参加レポートの提出を行っている。</li> <li>■ 職員の個別研修活動を支援している。</li> <li>■ 新規採用職員のための系統的な研修プログラムを用意している。</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/> (A) B C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
7	職員に対するスーパービジョン(指導・助言)体制を整備している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 職員に対する指導・助言を定期的に行う機会がある。</li> <li>■ 常に職員が事業所内で指導・助言を受けることができる体制を整備している。</li> <li>■ 必要に応じて、外部の専門機関に支援を受けることができる体制を整備している。</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/> (A) B C <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	

II 利用者の尊重・保護

1 利用者やその家族等の意向の尊重	A <sup>+</sup> (A <sup>-</sup> ) B <sup>+</sup> B <sup>-</sup> C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1 サービス内容の決定において利用者やその家族等の意向を尊重している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ サービス内容を決定する過程に、利用者やその家族等の意向を反映するための取組がある。</li> <li>■ サービス内容を複数から選択できる場合には、決定するための情報を提供している。</li> <li>■ 選択や決定の際に行うサービス内容の説明は、わかりやすいように図表などを用いている。</li> <li>■ 利用者が意向や同意を表明できない場合には、第三者が関与を行う制度を活用できるように利用者を支援している。</li> <li>■ 利用者やその家族等への説明と同意に関するマニュアルを定めている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ (A) B C</li> <li>■</li> <li>■</li> <li>■</li> <li>■</li> </ul>	<p>利用前の面談や契約時に利用者・家族等の意向を把握し、インテークシートに記録として残し、計画書に反映させている。平成27年度から、通所リハビリテーション計画書の書式を厚労省から示された書式に随時変更し、興味・関心チェックシートを意向の把握に活用している。定期的に更新するフェイスブック、写真入りパンフレットや、広報誌「まごころ」のひまわりに関する記事記載でサービス内容の情報を提供し、見学時や体験利用時に分かり易いように説明している。成年後見制度等の利用・活用を希望する人や、必要と思われる人があればパンフレットを準備しており、説明・紹介できる体制がある。これまで利用の希望等がなく、第三者が関与を行う制度を活用するには至っていない。利用者がサービス内容を理解して選択することを支援するために、説明から同意に至る標準的な手順をフローチャートで定め、ロールプレイングを活用して統一された説明が出来るよう努めている。</p> <p>法人全体で作成された苦情受付マニュアルがあり、フローチャートで流れを明確にしている。重要事項説明書に第三者委員の設置をしていることを明示し、契約時に説明している。申し出のあった苦情は、内容・対応等を苦情受付票に記載し、事業所内で共有している。月に1回開催される在宅福祉事業部連絡会で各事業所から事例を出し合い、情報共有と再発防止に努めているが、データの集計・分析には至っていない。法人、又は、施設内で、データを蓄積しサービス向上に活用する仕組みづくりを期待する。</p>
2 利用者やその家族等からの不満や不服を解決するための取組を行っている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 苦情を解決するための仕組みを明らかにしている。</li> <li>■ 苦情を調停するための委員会(例、苦情解決委員会)などに第三者が参加している。</li> <li>■ 苦情に関するデータを蓄積し、サービス改善に活用している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ A (B) C</li> <li>■</li> <li>□</li> </ul>	
3 行事やクラブ活動などへの参加や内容の決定に利用者の意向を尊重している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 行事などへの参加は、利用者の選択に任せている。</li> <li>□ 利用者の興味をもてる行事などを開催するために、事前又は事後のアンケートなどを実施している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ A B C</li> <li>□</li> </ul>	
補足等:			

II 利用者の尊重・保護

2 人権・プライバシーの確保		(A <sup>+</sup> ) A <sup>-</sup> B <sup>+</sup> B <sup>-</sup> C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1 人権やプライバシーの確保に配慮している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 人権やプライバシーを確保するための基本的な考え方を明らかにしている。</li> <li>■ 人権やプライバシー確保に関するマニュアルを定めている。</li> <li>■ 利用者やその家族等が人権やプライバシーについて、第三者に相談できるよう配慮している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■</li> <li>■</li> <li>■</li> </ul>	(A) B C	<p>路島福祉会のプライバシーポリシー・基本理念に人権やプライバシーを確保するための基本姿勢を明確にしている。法人のプライバシーマニュアルの中に個人情報保護について、自尊心保護についてとして項目別に明示し基本的な考え方を明確にしている。契約時に、重要事項説明書等で第三者委員を設置していることを明示し、いつでも相談できることを説明している。</p> <p>個人情報保護マニュアルで、施設長を個人情報に関する管理責任者と定め、書類の保管は文書取扱規程で書庫での施錠管理を明示している。個人情報に関する書類は、各事業所で個別ファイルに綴じ、施錠の上保管している。法人で統一された様式の個人情報使用同意書で契約時に説明し同意を得ている。</p> <p>誓約書で退職後の守秘義務についても明確にしている。文書取扱規程で情報の収集・保管・廃棄までの過程における手順を定め、別紙で文書毎に保管期間を定めている。</p>
2 個人情報の保護を徹底している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 個人情報の管理責任者を設置するなどの管理体制を整備している。</li> <li>■ 事業所外へ個人情報を提供する場合は、必ず利用者やその家族等へ事前に書面などで同意を得ている。</li> <li>■ 職員の守秘義務は雇用契約終了後も同様としている。</li> <li>■ 利用者やその家族等に関する情報の取扱規程を定めている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■</li> <li>■</li> <li>■</li> <li>■</li> </ul>	(A) B C	
3 身体拘束の弊害の正しい認識と廃止のための取組を行っている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 身体拘束が起こりやすい状況や場面を想定した職員研修や話し合いを行っている。</li> <li>□ 身体拘束を行わないサービス方法や環境・設備の工夫を検討している。</li> <li>□ 身体拘束の弊害と廃止の方針を利用者やその家族等に説明している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□</li> <li>□</li> <li>□</li> </ul>	A B C	
補足等:				

Ⅲ サービス実施過程の確立

1 サービス実施計画の作成		A <sup>+</sup> A <sup>-</sup> (B <sup>+</sup> ) B <sup>-</sup> C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1	利用者一人ひとりの目標を明らかにしたサービス実施計画を作成している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 利用者一人ひとりの課題(ニーズ)に基づいた目標を明らかにしている。</li> <li>■ 利用者一人ひとりの目標を達成するためのサービス実施計画を作成している。</li> <li>■ 利用者一人ひとりのサービス実施計画の作成を統括する作成責任者を定めている。</li> <li>■ サービス実施計画の作成を関係職員の参画のもとに行っている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ A (B) C</li> <li>■</li> <li>■</li> <li>□</li> </ul>	<p>インタビューから利用者個人台帳に転記して、利用者の状態を明記している。アセスメントから職種ごとに課題を明確にし、明確になった課題に応じて目標を設定し、個々の具体的な計画を策定している。またリハビリテーション計画の中でもアセスメント・課題を明確にしている。明確になった課題に応じて目標を設定し、利用者・家族の意向が反映された計画を策定している。計画作成の担当責任者をリハビリ主任として定めている。居宅サービス計画に基づいて、通所リハビリテーション計画書の策定を行っている。策定に際しては、毎月1回開催している通所リハビリテーション会議で、関係職員参画のもと検討し策定する仕組みがあるが、会議録には検討の経緯について明確にされていない。関係職員参画のもと、意見や提案を反映させた経緯等を会議録に残されることが望ましい。</p>
補足等:				

Ⅲ サービス実施過程の確立

2 サービスの実施		A <sup>+</sup> A <sup>-</sup> B <sup>+</sup> (B <sup>-</sup> ) C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1	サービスの標準的な実施方法を定めている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 個々のサービスについて、その標準的なマニュアルを定めている。</li> <li>■ マニュアルの実施方法を、サービス実施に活かしている。</li> <li>□ マニュアルは定期的に検証し、必要に応じて見直している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ A (B) C</li> <li>□</li> <li>□</li> </ul>	<p>介護・看護マニュアルは法人全体で作成されたマニュアルを使用している。事業所独自マニュアルとして、食事・入浴・送迎の手順書を作成している。マニュアルの実施方法を全職員に浸透させるための取り組み、及び、サービス実施に活かされていることを確認する仕組みが望まれる。ケア業務検討委員会・看護業務検討委員会でマニュアルの見直しを法人全体で今年度末を目途に見直しを行う予定である。事業所で作成されたマニュアルについても、定期的に見直すことが望ましい。</p>
補足等:				
2	利用者の状況などに関する情報を職員が共有している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 利用者の状況などの情報が関係職員に確実に伝わる取組がある。</li> <li>■ サービス実施過程において、関係職員による事業所内のケース会議などを定期的に行っている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ A (B) C</li> <li>□</li> </ul>	<p>朝・夕のミーティングで出された利用者の状況等の情報は、通所リハビリ日誌の「利用者に関する記録・報告事項」「その他特記事項等」の欄に記載し情報共有を図っている。利用中の状況等は、個人のカルテに記録し情報共有している。通所リハビリテーション会議を毎月開催し、ケース会議は通所リハビリテーション会議の中で行われる仕組みがあるが、ケース検討の内容を議事録に残すことが望まれる。</p>
補足等:				

Ⅲ サービス実施過程の確立

3 サービスの評価・変更		(A <sup>+</sup> ) A <sup>-</sup> B <sup>+</sup> B <sup>-</sup> C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1	サービスの実施に関する評価を行っている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 利用者一人ひとりのサービス実施状況を把握し、記録・保管している。</li> <li>■ 利用者一人ひとりのサービスの実施状況の総合的な管理責任者を定めている。</li> <li>■ サービス実施時や実施後の利用者やその家族等の状況の変化などに関する情報をサービス実施計画の作成責任者へ確実に伝達している。</li> <li>■ 設定されている目標に対する実施・達成状況を定期的に評価している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ (A) B C</li> <li>■</li> <li>■</li> <li>■</li> </ul>	<p>利用者個々のカルテにサービスの実施状況を記載している。サービスの実施状況の総合的な管理責任者はリハビリ主任と定めている。記録の確認は、介護主任が行い捺印をしている。サービス実施時・実施後の状況の変化は通所リハビリ日誌に記載し、通所リハビリ計画作成責任者に伝えている。通所リハビリ計画作成責任者が、おおむね3か月に1回定期的にモニタリングの書式を用いて、達成度を評価している。</p>
補足等:				
2	サービス実施計画の見直しを行っている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ サービス実施計画の目標に対する達成状況の評価を踏まえて、サービス実施計画を見直している。</li> <li>■ サービス実施状況に対する利用者やその家族等からの変更希望を踏まえて、サービス実施計画を見直している。</li> <li>■ 利用者やその家族等がサービス内容を変更したい場合の手順を明らかにしている。</li> <li>■ 変更後のサービス実施計画の内容・理由を利用者やその家族等に説明し、同意を得ている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ (A) B C</li> <li>■</li> <li>■</li> <li>■</li> </ul>	<p>リハビリテーション実施計画書の達成状況の確認・見直しをおおむね3ヶ月毎に行っている。新しい書式の中で「活動環境因子・社会参加支援評価」の書式で再アセスメントを行い見直しを行っている。利用者・家族の希望からサービス内容を変更する手順は、重要事項説明書の「契約締結からサービス提供までの流れ」の項目の中で明示し、契約時に説明を行っている。家族からの変更希望を踏まえて計画を見直した事例がないが、上記の手順で変更する仕組みはある。リハビリテーション実施計画書変更後は、利用者・家族の同意を得て、署名・捺印がある。</p>
補足等:				

IV サービスの適切な実施

1 利用者やその家族等への支援		A <sup>+</sup> A <sup>-</sup> (B <sup>+</sup> ) B <sup>-</sup> C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1	<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 意思疎通について、サービスの方法を明示している。</li> <li>■ 食事について、サービスの方法を明示している。</li> <li>■ 入浴・清拭について、サービスの方法を明示している。</li> <li>■ 排泄について、サービスの方法を明示している。</li> <li>■ 身だしなみや清潔保持について、サービスの方法を明示している。</li> <li>■ 機能訓練について、サービスの方法を明示している。</li> <li>■ 心理面に着目したサービスの方法を明示している。</li> </ul> <p>補足等：</p>	<input type="checkbox"/> A (B) C <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<p>サービスの個別具体的な実施方法は、「リハビリテーション計画書」の「サービスの流れ(サービス提供中の具体的対応)」の、「必要なケアとその方法」欄に明記している。</p> <p>食事: 全介助で食べたいものをたずねながらご自身のペースで食べていただく。等、食事についての個別のサービス方法を明示している。</p> <p>入浴: 歩行状態・足の傷等を考慮して一般浴又は機械浴で安全に入浴できるように介助する。等、個別の入浴方法を明記している。</p> <p>排泄: トイレで排尿時、尿量確認し手帳に記録する。等、個別の排泄時の配慮について明記している。</p> <p>身だしなみ: 更衣時の体調により、着脱に軽度の解除を要することがある。等、身だしなみについて配慮について明記している。</p> <p>機能訓練: 機能訓練室で、運動療法・四脚杖歩行・物理療法を実施する。等、個別の機能訓練について明記している。</p> <p>重要事項説明書の中の「苦情受付について」の項目に、「要望または苦情などについて」とし、事業所の窓口は相談員として明示している。行政機関の受付窓口も明示されている。相談については、内容によって対応方法が異なることから、内容に応じた標準的な対応方法を定め、わかりやすいフローチャート等を作成し、利用者・家族にも周知することが望まれる。事業所のサービス以外の相談内容については、担当ケアマネジャー・医療機関・社会福祉協議会等に連絡し、協働して対応している。</p> <p>「緊急時マニュアル」の事故発生時の対応・連絡方法に沿って連絡する仕組みがある。「利用者個人台帳」に緊急連絡先を2カ所以上明示し、速やかに連絡できるようにしている。情報開示については、契約書に明示し、契約時に説明している。法人内の文書取扱規定の中でも、情報開示・閲覧について明文化している。</p>
2	<p>利用者の好みにあわせた理・美容への支援を行っている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 理・美容に利用者の好みや意向が反映できるよう配慮している。</li> <li>□ 理・美容室の利用など、希望に応じた支援を行っている。</li> </ul> <p>補足等：</p>	<input type="checkbox"/> A B C <input type="checkbox"/>		
3	<p>余暇活動や生きがいづくりへの支援を行っている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 余暇活動や生きがいづくりに対する意向を把握する取組がある。</li> <li>□ 意向に沿った活動に向けて利用者が行動するための提案を行っている。</li> <li>□ 利用者が自発的なグループ活動などを行いたいときには支援している。</li> </ul> <p>補足等：</p>	<input type="checkbox"/> A B C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
4	<p>家族や友人等とのつながりを維持するための支援を行っている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 面会時間・場所はできる限り利用者や相手の意向を尊重している。</li> <li>□ 面会時間はプライバシーを確保し、落ち着いて会話できるように配慮している。</li> <li>□ 外出や外泊の機会を持てるように支援している。</li> </ul> <p>補足等：</p>	<input type="checkbox"/> A B C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
5	<p>利用者やその家族等からの相談に積極的に対応している。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 相談内容に応じて、相談方法や相談相手を選択することができる。</li> <li>■ 相談に関する標準的な対応方法を定めている。</li> <li>■ 介護相談や経済的な問題など、事業所が行っているサービス以外の相談内容にも取り次ぎも含めて対応している。</li> </ul> <p>補足等：</p>	<input checked="" type="checkbox"/> A (B) C <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
6	<p>利用者の状況を利用者や家族等へ情報提供している。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 利用者の日常的な状況を定期的かつ積極的に情報提供している。</li> <li>■ 事故発生時には、速やかに連絡している。</li> <li>■ サービス提供状況の記録などの情報開示に応じている。</li> </ul> <p>補足等：</p>	<input type="checkbox"/> (A) B C <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		

IV サービスの適切な実施

2 快適な環境づくり		A <sup>+</sup> A <sup>-</sup> B <sup>+</sup> B <sup>-</sup> C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1 快適な生活空間(居室)の整備に配慮している。	<input type="checkbox"/> 生活空間の整備には、利用者の意向を反映している。 <input type="checkbox"/> 生活空間のプライバシーに配慮している。		<input type="checkbox"/> A B C <input type="checkbox"/>	
	補足等:			
2 快適な食事環境の整備に配慮している。	<input checked="" type="checkbox"/> 定期的にご利用者の嗜好や喫食状況を把握するなど、献立に配慮している。 <input checked="" type="checkbox"/> 食事を楽しむことができるような雰囲気への工夫をしている。		<input type="checkbox"/> A B C <input type="checkbox"/>	
	補足等:			
3 郵便や電話などの通信機会を確保している。	<input type="checkbox"/> 郵便や電話などを利用したい時に、いつでも利用できる工夫をしている。 <input type="checkbox"/> 郵便や電話などの利用時のプライバシーに配慮している。		<input type="checkbox"/> A B C <input type="checkbox"/>	
	補足等:			
4 利用者の生活の範囲を施設外へ広げるための取組を行っている。	<input type="checkbox"/> 地域の公共機関や店舗の利用、行事への参加などの機会を確保している。 <input type="checkbox"/> 生活マップの作成など、施設周辺の地域情報を利用者が得られるようにしている。 <input type="checkbox"/> 取組への協力が得られるよう、地域へ働きかけている。		<input type="checkbox"/> A B C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	補足等:			



IV サービスの適切な実施

3 安心と安全の確保		A <sup>+</sup> A <sup>-</sup> (B <sup>+</sup> ) B <sup>-</sup> C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1	事故防止や安全管理を徹底するための取組を行っている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 安全の確保を目的とした委員会(例、安全対策委員会)などを定期的開催している。</li> <li>■ 発生した事故や事故につながりそうな事例の把握を行い、記録・分析している。</li> <li>■ 事故防止を利用者一人ひとりに着目して行うため、心身の状況の聞き取りや必要となる器具・設備に配慮している。</li> <li>■ 床面、通路、階段などを整理し、安全で自由に移動できる空間を確保している。</li> <li>■ チェックリストなどを作成し、定期的に点検している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ A (B) C</li> <li>■</li> <li>■</li> <li>■</li> <li>□</li> </ul>	<p>施設(ひまわり)全体で安全対策委員会を定期的開催している。検討内容は議事録に記載されている。提出されたインシデントアクシデントレポートは、事業所毎に内容・場所・時間など項目に分け集計・分析を行い委員会で課題検討してサービスに反映させるように取り組んでいる。会議録は全職員に回覧している。利用者一人一人の身体状況を把握し、施設計画に反映させ事故防止につなげている。個人台帳(インテークシート)の移動・移乗の項目の欄に必要であれば器具や用具を明示している。事業所内の設備・備品等、保守点検表で行っている。ホットバック装置・ベット型マッサージ機について点検表があり、1か月に1回点検を行っている。車いすや歩行器については不具合があった時に、点検・修理をするようにしている。車いす・歩行器等通所で使用している器具の点検表を作成し、定期的に点検する取り組みが望ましい。</p> <p>事業所で「地震防災対策マニュアル」を作成している。「各種マニュアル」の「緊急時対応マニュアル」の中に誤飲・誤嚥・転倒の対策が、「送迎マニュアル」の中に車の事故の対策が明記されている。防災委員会の企画で、年に4回訓練を行い、訓練の中ではマニュアルの周知を図っているが、その他のマニュアルについては、職員全体への周知に向けた取り組みには至っていない。「利用者個人台帳」に緊急連絡先や緊急時対応方法を明示している。また、緊急連絡先・担当ケアマネジャー・主治医等を記載した緊急連絡帳としてファイリングし、事業所内と送迎車に設置している。マニュアルの見直しは、今年度末に行う予定である。</p> <p>通所リハビリ会議で「感染症」「衛生管理」に関しての研修を実施している。今年度は10月に「インフルエンザ対策と予防」、12月に「ノロウイルスと食中毒予防対策」の研修を予定している。事業所の感染症対策委員会で、「感染症マニュアル」「衛生管理マニュアル」を作成している。マニュアルの周知についての具体的な取り組みには至っていない。マニュアルの見直しについては、今年度末に行う予定である。感染症予防のため、職員の健康チェックや、インフルエンザシーズンには迎え時利用者宅での検温チェックは行っている。今後は施設の衛生管理面のチェックリストを作成し、実施継続することが望ましい。</p> <p>利用時にはバイタルサインチェックを行い、利用者個別の記録に残している。体調の変化について通所リハビリ日誌・連絡帳に記載し職員・家族間で情報伝達している。体調や健康状態に変化が見られる場合は、看護師に報告した後、電話で家族・ケアマネジャーに連絡し、かかりつけ医の受診や、必要に応じて、検査検診が受けられるように支援している。</p>
2	事故や災害の発生時に適切に対応できる体制を整備している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 事故・災害に対するマニュアルを事業所の実態に応じて作成している。</li> <li>■ 職員にマニュアルを周知している。</li> <li>■ 事故発生などの緊急時の対処方法や連絡先を定めている。</li> <li>■ マニュアルは定期的に検証し、必要に応じて見直している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ A (B) C</li> <li>□</li> <li>■</li> <li>□</li> </ul>	
3	衛生管理などを徹底している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 職員に衛生管理や感染症対策に関する研修を行っている。</li> <li>■ 衛生管理に関するマニュアルを事業所の実態に応じて作成している。</li> <li>■ 感染症対策に関するマニュアルを事業所の実態に応じて作成している。</li> <li>■ 職員にマニュアルを周知している。</li> <li>■ マニュアルは定期的に検証し、必要に応じて見直している。</li> <li>■ チェックリストなどを作成し、定期的に点検している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ A (B) C</li> <li>■</li> <li>■</li> <li>□</li> <li>□</li> <li>□</li> </ul>	
4	利用者の健康保持に配慮している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 利用者の体調や健康状態の変化を記録している。</li> <li>■ 体調や健康状態に変化がある時は、かかりつけ医や嘱託医等に伝えている。</li> <li>■ 必要な検査・検診を受けられるよう援助している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ (A) B C</li> <li>■</li> <li>■</li> </ul>	
		補足等:		

V 地域等との連携

1 地域社会との連携		A <sup>+</sup> (A <sup>-</sup> ) B <sup>+</sup> B <sup>-</sup> C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1 事業所の役割を果たすために必要な地域の関係諸機関・団体と連携している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 必要となる関係諸機関・団体をリスト化している。</li> <li>■ それぞれの目的に応じた連携を図るための定期的・具体的な取組を行っている。</li> <li>■ 事業所の機能にない分野について、常に連携・協力を得られる専門機関を確保している。</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/> A (B) C <input type="checkbox"/>	<p>関係機関・団体リストとして、主に「介護サービス事業所ガイドマップ」(南あわじ市作成)、「医療機関一覧」(毎年4月に市より配布)を活用している。地域で通所リハビリの事業所間の連絡会はなく、連携を図る取り組みがない。主に、協力医療機関として八木病院と連携を図り協力関係がある。</p>	
補足等:				
2 ボランティアの受入に配慮している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ボランティアを受け入れるための基本的な考え方を明文化している。</li> <li>■ ボランティアを継続的・計画的に受け入れるための担当者を定めている。</li> <li>■ 受け入れたボランティアに対して必要な事前説明をしている。</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/> (A) B C <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<p>法人のボランティアの受け入れマニュアルがあり、マニュアル冒頭に受け入れに対する基本的な考え方を明文化している。事業所の受け入れ担当者は生活相談員となっている。事前説明については、「実習生研修生注意事項」の項目に沿って、施設の事務部署で行い、個人情報保護については誓約書で同意をとっている。</p>	
補足等:				

V 地域等との連携

2 人材の育成		A <sup>+</sup> (A <sup>-</sup> ) B <sup>+</sup> B <sup>-</sup> C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1 実習生を受け入れる体制を整備している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 実習生を受け入れるための基本的な考え方を明文化している。</li> <li>■ 実習生を継続的・計画的に受け入れるための担当者を定めている。</li> <li>■ 受け入れた実習生に対してオリエンテーションを実施している。</li> <li>■ 実習目的に応じた効果的な実習が行われるために工夫している。</li> <li><input type="checkbox"/> 実習生の受入にあたり、利用者の意向を尊重している。</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/> A (B) C <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>理学療法士の実習生の受け入れを行っている。法人マニュアルの中に「実習生受け入れマニュアル」があり、受け入れに対する基本的な考え方を明文化している。事業所での受け入れ担当者は、主任理学療法士と定めている。「実習生受け入れマニュアル」の「オリエンテーション」の手順に沿って、施設の事務部署がオリエンテーションを行い、個人情報保護については誓約書で同意を得ている。養成校指定の臨床実習の手引きに従い、効果的な実習ができるようにしている。実習生の受け入れの予定が決まれば、利用者に口頭で伝達している。今後は、実習生受け入れについて書面で利用者・家族に連絡し、を了承をとることが望ましい。</p>	
補足等:				