

(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 びろうの樹脳神経外科(通所リハビリテーション)  
評価実施期間 平成27年11月24日～平成28年2月26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27年12月1日現在]

事業所名称：びろうの樹脳神経外科(施設名)	サービス種別：通所リハビリテーション
開設年月日：平成12年4月1日	管理者名：菅田 スミ子
設置主体：医療法人 共生会	代表者職・氏名： 理事長 菅田 育穂
経営主体：医療法人 共生会	代表者職・氏名： 理事長 菅田 育穂
所在地：〒899-7402 鹿児島県志布志市有明町野井倉8041番地1	
連絡先電話番号：099-477-1212	FAX番号：099-477-2626
ホームページアドレス	Eメールアドレス
<a href="http://www.birounoki.com">http://www.birounoki.com</a>	<a href="mailto:sugata@birounoki.com">sugata@birounoki.com</a>

#### 理念・基本方針

##### 理念

向上・・・利用者様の身体機能の向上、職員の質の向上  
安全・・・利用者様の安全の確保に努める  
笑顔・・・利用者様が笑顔で過ごせるよう、職員は常に笑顔で接する。

##### 基本方針

1. 要支援・要介護者の方が居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法・作業療法そのた必要なリハビリテーションを行い、利用者の心身機能の維持回復を図ります。  
2. 利用者の要介護状態の軽減もしくは、悪化の防止又は要介護状態とならないよう、その目標を設定し計画的に行います。  
3. 利用者に対してリハビリテーションを計画的に行い、利用者の有する機能の向上を支援するよう努めます。  
4. 実施にあたっては、居宅介護支援事業者その他保健、医療、福祉サービスを提供する者との密着な連携を図り、関係市町とも連携し、総合的なサービスの提供に努めます。

#### 【施設・事業所の特徴的な取り組み】

リハビリスタッフ8名(理学療法士3名、作業療法士2名、言語聴覚士1名、鍼灸師2名)、看護師3名、介護スタッフ14名(介護福祉士10名、介護助手4名)、ケアマネージャー資格取得者2名が在籍しており、充実したリハビリに取り組んでいます。  
短期集中個別リハビリ加算、口腔機能向上加算を算定しており、新規利用者においてはリハビリマネジメント加算Ⅱを算定し、開始から6ヶ月間は毎月自宅訪問、ケア会議を開き、多職種連携を図っています。  
資格取得や勉強会、研修会等にも積極的に取り組んでおり、職員の質の向上にも力を入れています。

[利用者の状況]

定員	100 人	利用者数	189 人
----	-------	------	-------

※施設種別ごとに、利用者の年齢階層、利用期間、障害の程度・内容など、その施設の特徴が明らかになるようなデータを適宜貼付してください。

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)	16	48	77	42	6

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	28	24	30	40
区分	要介護3	要介護4	要介護5		
人数(人)	30	23	14		

[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		
医師		2				
理学療法士	3					
作業療法士	1		1			
言語聴覚士	1					
鍼灸師	2					
看護師	1					
准看護師	2					
介護福祉士	9	1				
介護職	4		1			
運転手			1			
管理栄養士		1				
調理師		4				
前年度の採用・退職状況	採用	常勤 4 人	採用	非常勤 1 人		
	退職	常勤 4 人	退職	非常勤 1 人		
○常勤職員の当該法人での平均勤務年数						7 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						7 年
○常勤職員の平均年齢						39 歳
○うち直接処遇に当たる常勤職員の平均年齢						40 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27年11月24日(契約日) ～平成28年2月26日(評価結果確定日)
受審回数(前回の受審時期)	0 回

## 4 評価の総評

### ◇特に評価の高い点

利用者や地域の高齢者世帯への介護保険事業を超えた支援(公益的)活動について  
台風や積雪時など、地域の独居・高齢者夫婦宅へ出向き戸締りや見回り等を行い、又、当日デイ利用日になっている利用者宅には、弁当を届け安否確認も行う等、利用者の安全確保のため組織的に取り組みがなされています。

機能訓練をとおして自立度の改善向上対策について  
看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・鍼灸師等多彩な職種により、個々の利用者の状況に沿った支援計画のもとで、自立度の維持向上に向けた支援がなされています。特に各利用者の生活環境に合った在宅での日常リハビリについても取り組みがなされています。胃瘻造設の利用者を嚥下訓練を行うことで経口摂取への取り組みもなされています。

### ◇改善を求められる点

利用者満足度調査について  
利用者の意向・満足度を把握するためアンケートを実施し、結果については職員会議にて分析・検討・問題の抽出・改善に向けた取り組みを行っていますが、利用者・家族へ集計結果や対応策等についての報告がなされていないため、びろうの樹新聞など活用し公表されることが望まれます。

リハビリ中の利用者への接遇について  
職員全員参加して利用者に対して丁寧な対応を心掛けるために接遇研修がなされていますが、接遇の振り返りのための自己チェック表の導入など研修効果確認が期待されます。

## 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

法人の平成28年目標を「適切な接遇マナーを身につけることで、利用者、利用者家族の満足度をアップさせる」としました。職員一同、この目標に向かって努力してまいります。

また、利用者アンケートの集計結果や対応策を、年3回発行のびろうの樹新聞を活用し公表していきます。

# 福祉サービス第三者評価基準 【 共 通 版 】

(様式2)

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

		第三者評価結果
I-1-1 (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	I-1-1 (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 法人理念「向上」「安全」「笑顔」のもと、事業計画において基本方針、理念が定められている。理念は事業所内に掲示すると共に毎朝の朝礼や会議等で唱和、周知を図っている。また、ホームページ、パンフレット、びろうの樹新聞等で地域、家族へ周知し、理解を得ている。</p>		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-1 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-1 (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 志布志市の資料より、第六期事業内容、要介護者数の推移など分析、周辺地域の各種会議にも積極的に参加し、ニーズの把握と課題の抽出がされ、事業計画にも利用者の受け入れ利用促進計画として掲げている。また、毎月稼働率の確認と対応策の検討がされている。</p>		
3	I-2-1 (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 年度事業計画に具体的な取り組みを掲げ、毎週行われる主任会議で確認、検討が行われている。毎月、税理士が入り数値目標と実績確認が行われ、理事会や主任会議において検討されている。27年度は定員が80名から100名へ増員されている。</p>		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-1 (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) -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 中長期計画は、経営課題が明確にされており、課題である稼働率のアップ、それに伴う看護職員・介護職員の段階的増員、建物・設備関連の老朽化による修繕費の計上等を踏まえて策定されている。</p>		
5	I-3-1 (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 中長期計画を踏まえて事業所理念、基本方針、管理者の事業に対する考え方、利用者の受け入れ促進計画など具体的な取り組みが年度計画で策定されている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>事業計画は事業所主任、副主任、看護師等多職種で、利用者の意見等踏まえた計画、具体的な数値目標が掲げられ、毎週行われる主任会議や理事会において実績の確認と対応について話し合われ、年1回、意向満足度調査や職員自己評価の集計を基に見直しが行われている。</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 Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>事業計画はホールの見やすい場所に掲示し連絡帳を利用して利用者に周知されている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>年1回、意向・満足度調査、職員全員で行う自己評価を実施、集計を基に今後に向けての取り組みが全員参加の会議にて検討されている。また、職員の資格取得を奨励し資格取得に向けてのバックアップ体制が整っており、介護福祉士資格取得者50パーセント以上を確保している。</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 Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>評価結果を基に具体的な対応策が会議にて検討され、会議録で全員で共有し改善に向けた取り組みが行われている。実施状況など理事会、週1回開催される主任会議等で検討され見直しが行われている。</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 (1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-1 (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・c
<p>評価概要 組織規程の中で業務管理、職員管理と役割を掲示し、マニュアルにも不在時の権限委任等明確に明記している。各種会議において事業計画に基づいた実施が行えているかの確認を職員へ行っている。法人理事として、法人内会議に出席、デイ会議において全職員への報告、周知を図っている。</p>		
11	Ⅱ-1-1 (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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要                      労務士の協力を得ながら、遵守すべき法令等を把握、マニュアル・職員ハンドブックを作成し職員への周知を図っている。また、研修や勉強会へも積極的に参加し理解と職員への周知を行っている。</p>		
Ⅱ-1-1 (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	Ⅱ-1-1 (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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要                      利用者満足度調査、全職員による自己評価の集計を基に会議において課題抽出と改善に向けた取り組みの検討を行い、サービスの質の向上に努めている。また、職員の資格取得を奨励し資格取得に向けてのバックアップを積極的に行なっている。</p>		
13	Ⅱ-1-1 (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・c
<p>評価概要 毎月経理からの収支報告が行われ、理事会、主任会議において経営状況報告、課題分析が行われており、デイ会議において職員への周知、稼働率、コスト削減への意識付けを行いながら経費削減に向けた取り組みを行っている。また、加算取得に向けての人員配置や資格取得に向けて中心となって取り組んでいる。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>職員の教育、研修等に関する指針が策定され、職員の資格取得に向けて奨学金制度や勤務の調整、給与優遇など具体的な取り組みが行われている。また、職員全員が常勤職員であり、勤務時間の希望については時差出勤で対応するなど、人材の確保・定着に向けて取り組みが行われている。</p>		
15	Ⅱ－２－（１）－② 総合的な人事管理が行われている。	a Ⓑ c
<p>評価概要</p> <p>人事評価制度があり、年2回、自己評価・上司評価・主任評価において5段階評価が行われている。自己目標とその評価については主任が個人面談を実施、必要時には管理者が面談を行っている。労務士が常勤し総合的な人事管理が行われている。</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り組んでいる。	Ⓐ b・c
<p>評価概要</p> <p>法人内安全衛生委員会が中心となり働きやすい職場づくりに取り組んでいる。職員アンケートを実施、労務士が中心となり労務管理を行っている。3年前から法人で託児所を開設、8時から21時まで利用できる。有給取得についても月1回の取得、時間外労働についても残業20時間発生している。</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 Ⓑ c
<p>評価概要</p> <p>職員の教育、研修等に関する指針が策定され、資格取得を含め、育成に向けた取り組みを行っている。個人目標の設定、自己評価を行い、主任による個人面談を実施している。管理者も必要に応じて個人面談を随時、行っている。</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。	Ⓐ b・c
<p>評価概要</p> <p>職員の教育、研修等に関する指針があり、年間計画で研修計画が策定されている。外部研修への参加、毎月第4水曜日に全員参加の研修会を実施している。</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。	Ⓐ b・c
<p>評価概要 新人研修をはじめ、職種別研修、リーダー研修、毎月1回、開催される全員参加の研修会、また、資格取得に向けて奨学金制度、研修参加のための勤務の調整など研修機会の確保と受けやすい環境ができています。</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。	Ⓐ b・c
<p>評価概要 実習生受け入れマニュアルが策定され、プログラムに沿って担当が主になり、職員への実習目的、実習期間の周知を行い、看護・介護実習を積極的に受け入れている。実習担当はリーダー研修等で研修、育成が行われている。</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 Ⓑ c
<p>評価概要 ホームページ上で法人・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容など公開、税理士による決算情報などは医療法人として県に届け出ている。</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。	Ⓐ b・c
<p>評価概要 毎月、会計事務所の税理士による会計監査を行っている。組織規程により職員への周知と法人全体で10の委員会を組織し、毎週委員会を開催、委員会が中心となり各種取り組みが行われている。</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・ <b>b</b> ・c
<p>評価概要</p> <p>法人として地域との交流についての指針が策定され、町内会へ加入、マラソン大会やゲートボール大会などの参加がある。地域津波訓練への参加や防災訓練への地域住民参加がある。地域行事へは日曜日に利用者と一緒に職員はボランティアで参加している。</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。	<b>a</b> ・b・c
<p>評価概要</p> <p>ボランティア受け入れについて、指針・マニュアルあり中学生、高校生の職場体験など積極的に受け入れている。受け入れに際してはオリエンテーションにおいて、介護保険の説明、注意事項の説明など行っている。</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>評価概要</p> <p>管理者はネットワークづくりに取り組んでおり、地域包括支援センターとの連携、志布志市主催の3～4ヶ月に1回開催される介護保険施設の会合への参加、各地区ケアマネ協議会会合への参加、地域ケア会議への参加と積極的に地域との関わりを持ち、関係者リスト、連絡網を整えている。</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>b</b> ・c
<p>評価概要</p> <p>災害時の避難場所として施設を提供できるよう地域住民にも広報を行っている。また、地域の津波訓練への参加、町内会の要請で交通安全週間、立哨パレード参加などがある。</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>評価概要</p> <p>独居老人に対する、台風時の戸締り、24時間体制での緊急時の対応、PT・OT・STによる支援研修のほか調理や縫い物教室などが行われている。</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
評価概要：毎月1回、職員会議の中で利用者本位のサービスになっているか・利用者の状況、変化などについても検討会を行っている。法人全体で倫理・身体拘束廃止等について研修の実施にて職員への周知に向けた取り組みがなされている。		
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
評価概要：プライバシー保護のマニュアルや虐待防止などの権利擁護についてのマニュアル・個人情報保護に関するマニュアルが整備され、マニュアルを基に新人研修・職員研修を行い 利用者を尊重したサービス提供に努めている。利用者・家族へも利用開始時に説明を行なっている。		
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。	Ⓐ・b・c
評価概要：ホームページで事業所の紹介が分かり易く公開されている。パンフレットは市役所や居宅介護事業所へも配布している。利用者・家族の見学の際は、資料の配布や情報提供を行い又、記録にも残している。		
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
評価概要：サービス開始時に契約書・重要事項説明書を基にリハビリテーションの1日の流れや送迎に関する内容なども含め利用者・家族が理解しやすいよう説明し同意を得ている又、意思決定が困難な利用者へは家族や代理人が契約する仕組みがある。		
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。	Ⓐ・b・c
評価概要：施設入所など他事業所への移行にあたり、リハビリ情報などサマリーの作成にてサービスの継続に配慮した情報提供を行っている。その際、記録にも残している。		

Ⅲ-1- (3) 利用者満足の上向上に努めている。		
33	Ⅲ-1- (3) -① 利用者満足の上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 : 各サービス内容や食事も含め年1回、利用者の意向・満足度調査を行い、職員会議にて分析・検討を行い問題の抽出し、改善に向けた取り組みを行なっているが、利用者・家族へは集計結果や対応策などについての報告はなされていない為、新聞など活用し公表されることが望まれる。</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・c
<p>評価概要 : 苦情対応マニュアルを作成し、苦情解決の体制も整備されている。事業所入り口には意見箱を設置している。年1回、利用者・家族によるアンケート調査を行い、意見や苦情など申し出しやすい工夫を行なっている。</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)・b・c
<p>評価概要 : 利用者・家族へは利用開始時に重要事項説明書を基に相談・苦情に関する説明を行なっている。事業所入り口にも相談・苦情に関するポスターを掲示し利用者・家族へ周知を図っている。利用者・家族の相談時は、相談しやすいように面談室にて個別で対応している。</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)・b・c
<p>評価概要 : 利用者・家族より意見や苦情が出た場合はすぐにミーティングを行い分析・検討・改善策に至る話し合いを行い結果を利用者宅まで出向き、本人・家族へ説明を行なっている。また、委員会による事例検討を行い全職員が共有できる取り組みを行なっている。</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
<p>評価概要 : 介護事故防止対策指針、対応マニュアルの整備が図られている。事故発生後は各部署にて、事故防止対策委員会が中心となり職員全員参加の下、事故報告書の分析や改善策・防止策の検討を行っている。これらは、毎月1回、法人の安全管理委員会で共有され、研修会で全職員に周知されている。</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)・b・c
<p>評価概要 : 感染症及び食中毒の予防及び防止のための指針や対応マニュアルが整備されている。感染対策委員会が中心となり季節による感染症や防止策等について研修の実施又、看護師は感染について外部研修に参加し伝達講習会を行い職員への周知を図っている。</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している。	(a)・b・c
<p>評価概要 : 消防計画の中に火災・風水害・地震についての対策マニュアルが作成されている。年2回、消防署との連携を図り防災訓練を実施している。台風や積雪の時には、独居や高齢者夫婦宅へ出向き見回りや戸締りを行っている。又、当日デイ利用日になっていた利用者宅へは職員が弁当を届け、安否確認も行っている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要：入浴や排泄ケア等、提供するサービスにおいて標準的な実施方法が定められたマニュアルが整備されている。全職員及び新人職員共に法人内研修にて各マニュアルについての取り組み説明にて周知を図っている。実施状況は管理者により現場にて確認・評価が行われている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要：標準的な実施方法については毎年、確認・見直しを行っているがすべての実施方法についての検証までは至っていなかった。今後は毎年10月に実施方法について各委員会により検証・見直しを行い全職員への周知を図っていく予定である。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要：ADL・IADL等の現状と改善の可能性を把握し、利用者のニーズや課題に沿った目標・支援の設定にてリハビリテーション計画を策定している。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要：リハビリテーション計画書は初回又は退院後の6ヶ月間は毎月、その後は3ヶ月毎にリハビリテーション会議にて見直しを行っている。利用者の心身状況やサービス内容に変化が生じた場合は、介護支援専門員に連絡し関係職員と話し合いを行っている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要：記録の書き方に差異が生じない様、実施状況の記入について職員への指導等により周知が図られている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要：運営規定に記録の保管・保存について明記され、秘密保持については重要事項説明書に記載されている。利用者・家族へは重要事項や個人情報保護規定を基に利用開始時に説明を行っている。職員はマニュアルを基に研修を受け、入職時には誓約書を提出し規定を遵守している。パソコンを使用する際は外部端末機を利用できない・パスワードを設定し閲覧制限を行う等、管理体制が整備されている。利用者の記録管理は管理者により管理されている。</p>		