

リハビリテーション颯太子

様式第1号

兵庫県福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

株式会社H. R. コーポレーション

②施設・事業所情報

名称：	リハビリテーション颯太子	種別：	通所介護	
代表者氏名：	大西 弘文	定員（利用者人数）：	40 名	
所在地：	兵庫県揖保郡太子町矢田部179-1			
TEL	079-287-8723	ホームページ：	https://hinode.or.jp/hinode/	
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：	平成26年3月1日			
経営法人・設置主体（法人名）：	社会福祉法人博愛福祉会			
職員数	常勤職員：	2 名	非常勤職員：	5 名
専門職員	(専門職の名称)	2 名	看護師	2名
	理学療法士・介護福祉士		介護福祉士	1名
施設・設備の概要	(居室数)		(設備等)	

③理念・基本方針

理念 お客様の喜び 社員の喜び 地域の喜び
 基本方針 1新たな挑戦を続けます 2日々の出会いに感謝します 3お客様に最善を尽くします
 4信頼できる仲間を作ります 5健康に働ける環境を追求します

④施設・事業所の特徴的な取組

利用者の日常生活維持・向上に向けて総合的に取り組む、理学療法士による短時間制リハビリデイサービスである。
 個々のニーズに応じてマシンの負荷や回数、リハビリの提供を実施している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 29 年 7 月 24 日 (契約日) ~ 平成 29 年 12 月 25 日 (評価結果確定日)
評価実施日	平成29年10月5日・10月23日
受審回数 (前回の受審時期)	初 回

リハビリテーション颯太子

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・法人の運営管理体制の下、毎月の部門会議・半期会議等で、経営状況・運営状況・人員配置を把握・分析し、コンプライアンスにもとづいた運営に取り組んでいる。医療福祉グループの強みを活かし、福利厚生を充実しワークライフバランスに配慮した働きやすい職場環境づくりに努めている。
- ・法人全体で人事考課制度を導入し、評価シート・スキルアップシートを用いて目標・職責を明確にし、職員の資質向上と人事管理に取り組んでいる。
- ・多種多様な機器を設置し、理学療法士・看護師等の専門性のもと、個別機能訓練計画・運動器機能向上訓練計画・口腔機能向上可算プログラムを作成し、運動療法・物理療法・口腔機能向上訓練を実施している。利用者が自立に向けて主体的に参加できるように、個別機能訓練・グループワークを実施している。
- ・システムの導入により、利用者情報・計画・実施状況・申し送り事項等を、タブレット上で情報共有し、記録の簡素化・統一性の実現に取り組んでいる。

◇改善を求められる点

- ・中長期的なビジョンを中長期計画として文書化し、実施状況を定期的に評価し、必要に応じて計画を見直す仕組みづくりが望まれる。
- ・施設・事業所における福祉サービスの質について、定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上組織的に自己評価を行い、職員が参画して評価結果の分析から課題抽出を行い、計画的に改善に取り組む仕組み作りが望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

より働きやすい環境作りに努めると共に定期的に実施状況の評価を行い中長期計画の文書化を行いより質の良いサービスが提供できるよう改善に努めます。

⑧各評価項目に係る第三者評価結果

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。

第三者評価結果

※すべての評価細目について、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。

※評価細目毎に第三者評価機関の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。	a ・ b ・ c
<コメント> 理念・基本方針を明文化し、ホームページに掲載している。理念は法人の使命や目指す方向を読み取ることができ、基本方針は理念との整合性が確保され、職員の行動規範となる具体的な内容となっている。入職時に理念・基本方針を説明すると共に、文書を配布し周知を図っている。玄関・休憩室にも掲示し、常に意識付けできるようにしている。理念や基本方針を、利用者や家族にも周知する取り組みが望まれる。		

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 ・ b ・ c
<コメント> 太子町役場の高年福祉課からの情報提供、地域ケア会議での行政・他事業所・民生委員等との情報交換、法人のエリア会議等、様々な機会を活かして社会福祉事業や地域の動向について把握に努めている。地域の利用者状況やニーズについては、地域ケア会議やエリア会議で把握している。事業所からの報告を法人本部がデータ化し、毎月のエリア会議でコスト分析や利用率の分析を行っている。		
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
<コメント> 毎月のエリア会議で課題を明示すると共に、年2回開催する法人の経営会議でも、各事業所が実績報告と課題抽出を行っている。エリア会議・経営会議には、理事も出席し共有している。課題解決・改善に取り組み、次月のエリア会議で進捗を報告する仕組みがある。エリア会議の内容は朝夕の申し送りで伝達し、タブレットに記録し職員に周知している。		

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 ・ b ・ c
<コメント> 中・長期的なビジョンを持っているが、中長期計画として明文化するには至っていない。中長期的なビジョンを中長期計画として文書化し、実施状況を定期的に評価し、必要に応じて計画を見直す仕組みづくりが望まれる。		

リハビリテーション颯太子

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><コメント></p> <p>単年度事業計画は、法人共通の書式で、収支計画と事業計画が策定されている。「施設運営上の課題」「今期目標」「課題解決および目標達成のための具体的施策」の項目にに沿って、具体的で、評価しやすい書式になっている。</p> <p>中長期計画を策定し、中長期計画と連動した単年度計画を策定することが望まれる。</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><コメント></p> <p>毎月のエリア会議で、収支計画の進捗を把握し、課題分析・改善に取り組んでいる。年度末に評価して、事業報告書を作成し、次年度の事業計画に反映している。</p> <p>事業計画の実施状況の把握・評価・見直しについては、管理者層のみで行うのではなく、職員も参画して取り組むことが望まれる。</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><コメント></p> <p>事業計画の主な内容を、利用者・家族に周知するには至っていない。</p> <p>事業計画の主な内容をわかりやすく説明した資料を作成する等、利用者・家族に理解しやすく説明する工夫を行い周知する取り組みが望まれる。</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 ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>人事考課によるPDCAサイクルにもとづく職員の質向上を事業所のサービスの質向上に反映する取り組みがある。各種定例会議・委員会を定期的で開催し、サービス内容を評価する体制を整備している。介護サービス情報公表の評価基準にもとづいて年に1回自己評価を行っている。今年度は、第三者評価の評価基準にもとづいて自己評価を行った。</p> <p>評価結果を分析・検討する場を設定すること望まれる。</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><コメント></p> <p>評価結果にもとづいた組織的な取り組みを明確にするには至っていない。</p> <p>職員が参画し、評価結果の分析から課題抽出を行い、計画的に改善に取り組む仕組み作りが望まれる。また、経過を記録に残すことが望まれる。</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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人の理念に基づいて、事業所毎に29年度事業計画を策定し、課題・目標・施策を明確にしている。管理者が年度初めのミーティングで事業計画を説明し、職員間での共有に努めている。決裁規程の「職務権限表」で、管理者の役割責任を定め、「決裁権限」で稟議に関する管理者の役割を定めている。これらは「規程集」として事務所に設置している。有事における管理者不在時は、実務的には管理者から看護師へ権限移譲される仕組みとなっているが規定類での明示はできていない。有事における管理者不在時の権限委任を、文書で明確にすることが望まれる。</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><コメント></p> <p>管理者は、介護関係法令集、法人諸規定等を規程集として事務所に設置している。集団指導への参加や、入札時には経理規定に沿って行う等、行政関係者・取引事業者等と適正な関係保持に努めている。管理者は町が主催する日常支援総合事業等、法令遵守の観点での経営に関する研修に参加している。産業廃棄物処理法等、環境への配慮を含む法令の理解にも努めている。法人の採用時研修、事業所内研修等、職員に対して遵守すべき法令の周知に取り組んでいる。</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><コメント></p> <p>管理者は日々のミーティングや会議、事故・ヒヤリハット報告書、苦情受付記録等から、サービスの質の現状についての把握を行い、職員の意見を反映して改善に取り組んでいる。内容については、タブレットで全職員に周知している。申し送り等で意見把握を行い、検討内容を会議録、申し送りノート等に記録として残している。事業所内研修の実施・法人の研修への参加奨励等、教育・研修機会の充実を図っている。</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><コメント></p> <p>毎月、事業所から利用者数等を報告し、それを基に法人本部でコスト分析等経営効率をデータ化して事業所にフィードバックしている。分析結果に基づき、事業所で改善に取り組んでいる。業務遂行のための人員配置を運営規定で定め、基準以上の職員体制づくり、15分単位の有給取得促進、個別の勤務時間調整等に取り組んでいる。ミーティング等で業務改善について話し合っている。また管理者は、エリア会議で検討した経営・業務改善のための取り組みをミーティング時に説明し、実践に向け取り組んでいる。</p>		

リハビリテーション颯太子

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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>運営規定で指定基準に準じて専門職を配置した職員体制を明確にしている。基準以上の人員体制の確保と共に、資格取得を奨励し必要な福祉人材の確保を計画的に進めている。養成校訪問・就職フェアへの参加・ハローワーク・ホームページ・地域の求人広報誌・職員紹介制度等を活用し、効果的な人材確保に取り組んでいる。 事業計画などに、事業所としての福祉人材の確保と育成に関する方針を明示することが望まれる。</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><コメント></p> <p>法人の理念に「利用者中心の視点」を掲げ、期待する職員像を明確にしている。就業規則で、人事基準を明確にし、専門性・能力・成果・貢献度を客観的に評価する人事考課制度を定め、職員にも周知している。人事考課制度の仕組みの中で職務等級ごとに目標を設定し、半期ごとに基準にもとづき、成果や貢献度等を評価している。法人本部で地域の処遇水準について情報収集を行い、処遇水準の評価・分析を行っている。個別面談等で把握した意見等をエリア会議で提案し、安定した雇用に向け法人として改善に取り組んでいる。「等級基準表」で昇格のための資格要件等を定めており、将来の姿を描く仕組みがある。</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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「職務権限表」で、労務管理に関する業務分担を明確にしている。就業状況については、勤怠ソフトにより法人本部でデータを集積し、管理者は本部からデータ提供を受け就業状況を把握している。健康診断を年1回実施し、腰部MR Iの実施・コルセットの全員配布を行っている。インフルエンザ予防接種は、法人負担で全員に接種を義務づけている。入職時の心理チェックや、法人でストレスチェックを実施し、嘱託医の相談窓口も設置している。日常的にも管理者が相談窓口となり、また、エリア長に直接相談できる仕組みもある。育児・介護休業休暇、15分単位有給休暇制度、柔軟な勤務体制、親睦会、医療費の補助等、総合的な福利厚生とワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行い、働きやすい職場づくりへに努めている。</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><コメント></p> <p>人事考課制度の仕組みの中で、個別に「期待する職員像」を明確にし、目標設定・目標管理を行う仕組みが構築されている。上位者と年2回定期的に個別面談の機会を設け、個別の目標項目と期限を設定し、等級基準表で目標水準を明確にしている。半期ごとに個人面談を行い、相互に目標に対する進捗状況や達成度等を確認し、次期の目標設定に反映させている。</p>		

リハビリテーション颯太子

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><コメント></p> <p>運営規定で教育・研修に関する基本方針を明示し、等級基準表で期待する職員像を明確にしている。法人の研修計画に資格取得のための研修支援を掲げ、等級基準表に組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。2ヶ月に1回年間研修計画に基づいて事業所内研修を実施し、法人の研修には不定期に、「日の出塾」研修には管理者が参加している。実施した研修についての感想や評価から、研修内容・カリキュラム・計画の評価と見直しを行い、次年度の研修に反映する仕組み作りが望まれる。</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><コメント></p> <p>事業所では履歴書と受講証で経験年数・専門資格等の取得状況等を把握し、別途、法人でも把握・管理している。新任職員には、法人で採用時研修、フォロー研修を実施している。配属後は事業所でオリエンテーション資料を用いて説明を行っている。別途、フランチイズ本部でリハ器具操作等の研修が行われている。法人の年間研修計画に、職種別・テーマ別研修を採り入れ研修機会を確保している。外部研修案内は、本部より個別にメール送信され、事業所で参加者を募っている。外部研修受講時は、旅費・受講費用等の支給について旅費規程で定めている。内部研修については、参加人数が多い日を選定して実施している。</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><コメント></p> <p>理学療法士が受け入れ窓口となり、理学療法士の実習生を受け入れ、養成校のプログラムに沿って実習を実施している。受け入れ前の事前打ち合わせ、養成校指導教員巡回時のカンファレンス等を通して連携を図っている。実習生受け入れマニュアルを整備し、基本姿勢、受け入れ窓口、実習生へのオリエンテーション、実習担当者の留意点等を明記することが望ましい。事業所として実習生受け入れ記録を整備し、受け入れ時の状況・実習内容・担当教員との連携等について、記録に残すことが望まれる。</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 ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>ホームページに理念・基本方針・現況報告・決算情報等を掲載し公開している。第三者評価の受審結果はWAMNETで公表を予定している。民生委員・地域包括支援センター職員等が参加する「地域ケア会議」で、事業所の活動内容等を説明している。パンフレットを、地域の居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・医療機関の地域医療連携室などに配布し広報に努めている。苦情相談の対応・内容・改善の公表について検討することが望まれる。</p>		

リハビリテーション颯太子

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><コメント></p> <p>事務・経理・取引等に関する法人諸規定を整備し、規定集を事務所内に設置して職員に周知している。法人として、外部の専門機関に取引・経理等について助言を得ており、内容に応じてエリア会議で報告している。内部監査は年2回、理事・エリア長等から相互チェックを受け、改善に取り組む仕組みがある。また、事業会計状況等について、監事が定期的に内部監査を実施し、ホームページで監査結果を公表している。法人で選任した会計監査人や外部専門機関がチェックを行い、外部監査の結果や公認会計士による指導や指摘にもとづいて、コスト削減、人件費の改善等に取り組んでいる。</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上げるための取組を行っている。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>日の出福祉医療グループの基本理念に「地域社会に貢献する」ことを謳い、パンフレットに明文化している。掲示板の利用や資料配布等により、活用できる社会資源や地域の情報を利用者に提供することが望まれる。</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><コメント></p> <p>ボランティアの受け入れは行わない方針である。トライやるウィークの受け入れを行い、学校教育への協力を行っている。トライやるウィークの受け入れマニュアルを整備し、学校教育等への協力についての基本姿勢・学生へのオリエンテーション、実習担当者の留意点等を明記することが望ましい。</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><コメント></p> <p>病院・居宅介護支援事業所・行政機関・取引業者等利用者の状況に対応できる社会資源を目的別にリスト化し、事務所に設置し職員に周知している。地域ケア会議の全体会議や部門会議に参加し、情報交換を行っている。会議で地域の課題等の検討を行い課題解決に向け、取り組んでいる。ケアマネジャー主催のサービス担当者会議に参加し、連携を図りながらネットワーク化に取り組んでいる。</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><コメント></p> <p>事業所のスペースを、地域に対して無料開放している。災害時の訓練への参加や、避難場所等の確認を行っている。地域ケア会議へ参加し、高齢者夫婦・独居の人達が安心して地域で暮らし続けられるよう話し合っている。今後、スペース無料開放時に、看護師を配置して地域の介護相談や医療相談を受けることを検討している。</p>		

リハビリテーション颯太子

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><コメント></p> <p>民生委員も参加する地域ケア会議で、高齢夫婦世帯が多い等情報が出されており、事例検討を通じてサービスの利用が適切に行われるよう連携に努めている。地域からの相談も受け付けている。事業所の機能を地域に還元する取り組みが望まれる。把握したニーズにもとづいた地域貢献に関わる活動事業等を事業計画等に明示して、取り組むことを期待する。</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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>理念・基本方針に、「利用者の尊厳」「利用者中心」として利用者尊重を明示している。介護福祉士の倫理綱領を事業所の倫理綱領とし、周知を図っている。プライバシー保護マニュアルを整備し、サービス実施に反映している。入職時研修、事業所内の認知症ケア研修、拘束廃止研修で、利用者の尊重や基本的人権についての研修を実施している。「人事考課表」に、「利用者の権利・尊厳を第一に考え行動している」の項目を設け、定期的に自己評価・上位者評価を行い、必要な対応を行う仕組みがある。</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><コメント></p> <p>法人共通の個人情報保護規定を整備し、不適切な事案が発生した場合の対応方法等が明示されている。事業所でプライバシー保護マニュアル・虐待防止マニュアルも整備している。契約時に契約書の守秘義務項目・個人情報使用同意書を説明し、利用者・家族に事業所の取り組みを説明している。管理者層のラウンドや利用者・家族からのモニタリングにより、実施状況を確認している。臥床スペースや電気治療チェア等にカーテンを設置し、バスタオル等でひざ掛けし、プライバシーを守れるよう工夫を行っている。年間研修計画に採り入れて、プライバシー保護・虐待防止についての研修を実施することが望まれる。</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><コメント></p> <p>パンフレットは言葉遣いや写真・図・絵の使用等わかりやすいように工夫し、法人内事業所に設置し、居宅介護支援事業所に配布して、多くの人が入手できるようにしている。毎月発行する広報誌でも情報提供している。利用希望者には、個別に丁寧な説明を行い、見学・体験も随時受け入れている。パンフレットは随時見直しを行っている。広報誌は毎月発行している。</p>		

リハビリテーション颯太子

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><コメント></p> <p>契約時には、契約書・重要事項説明書・個人情報利用同意書を用いて説明し、文書で同意を得ている。また、わかりやすく工夫したパンフレットや広報誌も使い、サービス内容及び利用料金についての説明資料を添付する等、理解しやすい説明ができるように努めている。意思決定が困難な利用者への配慮については、契約書・重要事項説明書の中に利用者代理人の条項を設けて、適切な契約・運用ができるようにしている。</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><コメント></p> <p>入院・入所等で利用が終了になる場合は、事業所からの定期的な報告書や要請された書式で、介護支援専門員にサービスの継続性に配慮した情報提供を行っている。利用終了後の相談窓口を管理者とし口頭で説明している。 利用が終了した時に、その後の相談方法や担当者について説明し、記載した文書を提供することが望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇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><コメント></p> <p>利用者アンケートを実施し、管理者がまとめ、送迎時の連絡など具体的な対応に反映している。3ヶ月に1回の面談でも、利用者満足の上昇に努めている。 利用者アンケートを集計してデータ化し、カンファレンス等で結果を共有して改善する仕組みづくりが望まれる。また、アンケート結果や対応については、利用者・家族にフィードバックすることを期待する。</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><コメント></p> <p>苦情受付担当者・苦情解決責任者を生活相談員及び管理者として、第三者委員を設置し苦情解決の体制を整備している。アンケートの実施・3ヶ月に1回の訪問等、苦情を申し出やすい工夫を行っている。「ひやりハット・苦情報告及び対応について」を整備し、内容・対応・申し立て者へのフィードバックについて記録している。朝夕のカンファレンスで共有し、サービスに反映している。 苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した資料を、利用者等に配布し説明することが望まれる。また、苦情内容及び解決結果等を、申立者に配慮したうえで公表する仕組みづくりが望まれる。</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><コメント></p> <p>重要事項説明書に、「相談窓口及び苦情対応」として、事業所・町・国保連合会の窓口を明示し、契約時に配布している。また、事業所の入り口にも掲示している。事務所内に相談室を確保している。</p>		

リハビリテーション颯太子

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><コメント></p> <p>「苦情・相談対応マニュアル」を整備し、対応についての留意点等を明記し、苦情・相談対応の流れがフローチャートで明確にされている。3か月に1回、計画の説明の機会を活用して、相談・意見を引き出せるように傾聴に努めている。アンケートを実施し、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。相談・意見は、朝夕のカンファレンスで共有し、介護保険サービスについての内容は、介護支援専門員と協働して対応している。事業所内で取り組む内容については、カンファレンスで検討し、内容と対応はカンファレンス記録に入力している。年1回程度、マニュアルの見直しを検証する機会を持つことが望ましい。</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><コメント></p> <p>リスクマネジメントの責任体制を文書化している。「事故防止マニュアル」を整備し、事故発生時の対応手順（フローチャート等）を記載している。事故・ヒヤリハット報告書や車両事故報告書により、リスクに関する事例を収集し記録に残している。発生状況・原因・対応・報告を記録し、朝・夕の申し送りシステム内で共有している。「ヒヤリハット・事故防止に関する研修」を実施し、職員が学ぶ機会を設けている。事故防止策等の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行う仕組みづくりが望まれる。</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><コメント></p> <p>感染症対策を含め、リスクマネジメントの責任体制を文書化している。感染症マニュアルを整備し、手洗い・うがい・手指消毒・検温・マスク着用・インフルエンザ予防接種等、感染症予防策を講じている。感染症発生時には、利用中止、家族に連絡して帰宅する等、適切に対応している。吐物処理については、感染キットの設置や取り扱い研修を行っている。マニュアルについて定期的に見直しを行い、記録に残すことが望まれる。</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><コメント></p> <p>「防災マニュアル」「消防計画」に災害時の対応体制を記載している。ハザードマップで、立地条件を把握し、建物の耐震性・設備の安全性を整備している。利用者の緊急連絡先を把握し、職員の緊急連絡網を作成し、安否確認の方法を決めている。緊急連絡網の訓練は、定期的に行っている。避難訓練は、年1回消防署立ち合いのもと実施し、実施記録を保存している。必要な備蓄品を検討し整備することが望まれる。</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。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>排泄介助マニュアル・送迎マニュアルを整備し、サービスの標準的な実施方法を文書化し、排泄マニュアルにはプライバシー保護も明記している。入職時オリエンテーション等で、標準的な実施方法を周知し、習熟度を確保する仕組み付き理が望まれる。</p>		

リハビリテーション颯太子

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><コメント></p> <p>マニュアルの見直しには至っていない。 職員からの意見を反映し、定期的にマニュアルの見直しを行い、必要なマニュアルの追加等を行うことが望まれる。</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><コメント></p> <p>生活相談員を通所介護計画書の作成責任者としている。リハビリテーションシステムのアセスメントシステムにより、アセスメントを実施している。サービス担当者会議に出席し、また、事業所内で多職種の職員が参加してカンファレンスを実施し、アセスメント・計画作成のための協議を行っている。居宅介護計画書をもとに、通所介護計画を作成している。3ヶ月に1回モニタリングを行い、計画にもとづいたサービスの実施を確認している。支援困難な事例についても、支援内容や経過等をシステム上の特記事項で情報共有し支援に取り組んでいる。 通所介護計画に、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示することが望まれる。</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><コメント></p> <p>定期的には、居宅介護計画書の見直し時期に、サービス担当者会議に参加し、事業所内のカンファレンスを開催し、居宅サービス計画書をもとに通所介護計画書の見直しを行っている。見直し時には、朝夕の申し送り時に変更の要点を伝え、システム内で会議録・計画書を確認し共有を図っている。緊急時の変更は、介護支援専門員に報告し、居宅サービス計画書の変更をもとに変更する仕組みがある。 計画の見直しに当って把握した新たなニーズについては、計画書に明記することが望まれる。</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><コメント></p> <p>把握した利用者の身体状況や生活状況をシステム内に項目別に記録し、履歴で経過も把握している。計画にもとづいたサービス実施をシステム内に記録し、特記事項は項目別の特記欄に記録している。記録は管理者が確認し、不備等あれば、管理者が記入者に指導を行っている。利用者についての情報は、システム内で共有できる仕組みがある。 朝夕の申し送りや、月に1回の全体会議の記録を作成し、情報共有を図ることが望まれる。</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><コメント></p> <p>文書保存規程に、記録の保管、保存、廃棄、情報の提供、不適正な利用や漏えいに対する対応に関する規定を定めている。記録を含め、個人情報の責任者を管理者とし、文書化している。法人の新人オリエンテーションで個人情報保護について学ぶ機会があり、守秘義務の誓約書も交わしている。契約時に、個人情報使用同意書について、利用者・家族に説明し同意を得ている。</p>		

リハビリテーション颯太子

A 内容評価基準

A-1 支援の基本

	第三者評価結果
A-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-1-② 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

特記事項

利用者・家族との面談から利用者の心身の状況・生活環境等を把握し、「利用者情報システム」の各項目に入力し管理している。把握した意向を通所介護計画に反映し、利用者個々に応じた利用となるよう支援を行い、定期的にモニタリングを実施し、利用状況を検討している。機能訓練計画を作成し、自立・活動参加への動機づけ、自立に向けた機能訓練を実施している。多種のリハビリ機器を設置し、脳トレ・ぬり絵・切り絵等複数のメニューを用意し、利用者一個々に配慮して活動に参加できるよう工夫している。

把握した利用者個々の意向を通所介護計画書に明記することが望まれる。

「利用者情報システム」で、利用者個々のコミュニケーション能力・個別のコミュニケーション方法や配慮を把握し共有している。利用中・送迎時の会話で把握した思いや希望は、システムに入力し支援に反映している。内容に応じて、介護支援専門員に報告し通所介護計画に反映している。言葉づかいや接遇に関する、継続的な検討や研修を実施することが望まれる。

A-2 身体介護

	第三者評価結果
A-2-① 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a ・ b ・ c
A-2-② 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	(a) ・ b ・ c
A-2-③ 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a ・ (b) ・ c
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	a ・ (b) ・ c

特記事項

「利用者情報システム」で利用者個々の排泄の自立度や支援上の留意点を共有し、自立に向けた支援を行っている。排泄状況は必要に応じて、タブレットや連絡帳に記録している。排泄について自立の利用者が大部分であるが、必要に応じて、声かけ・誘導・一部介助を行っている。トイレには手すり・ナースコール・保温便座・ウォシュレットが設置され、常時換気・消臭剤・朝夕の掃除など、安全と清潔に配慮している。各種サイズのパッドやリハビリパンツが用意されている。ホットパック等使用の際に、看護師が皮膚等の確認を行っている。必要に応じて、利用者・家族に排泄について助言・情報提供し、内容に応じて介護支援専門員に報告している。

「利用者情報システム」で利用者個々の移動・移乗の自立度や支援上の留意点を共有し、通所介護計画書の個別援助内容の歩行移動・身体項目をもとに、自立に向けた支援を行っている。環境面では、テーブルや運動機器の配置に配慮し、動線を確認し安全確保している。通所介護計画書の個別援助内容の送迎項目や「利用者情報システム」送迎情報をもとに、利用者の意向と安全に配慮した送迎を行っている。必要に応じて、福祉用具等について利用者・家族に助言や情報提供を行い、内容に応じて介護支援専門員に報告している。

福祉用具のリストを作成し、点検の実施記録を作成することが望まれる。

サービスの特性から事例はないが、必要時にクッションを提供したり、車椅子への移乗時に皮膚剥離に配慮した介助を行っている。利用中に皮膚観察を行い、必要時は家族や介護支援専門員報告する仕組みはあるが事例はない。

褥瘡予防についてのマニュアル整備や研修の実施が望まれる。

リハビリテーション颯太子

A-3 食生活

	第三者評価結果
A-3-① 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 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a ・ b ・ c
A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a ・ (b) ・ c

特記事項

「利用者情報システム」で利用者個々の口腔機能・口腔ケアの自立度を把握している。口腔機能向上可算プログラムを作成し、看護師が中心になり、実施・評価・見直しを行っている。来所時には毎回、口腔体操を実施している。口腔機能向上可算プログラムにもとづいて、月2回口腔内のチェックを行っている。必要に応じて、利用者・家族に口腔ケアについての助言や情報提供を行い、内容に応じて介護支援専門員に報告している。職員に対して、口腔ケアに関する研修の実施が望まれる。

A-4 認知症ケア

	第三者評価結果
A-4-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a ・ (b) ・ c
A-4-② 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	(a) ・ b ・ c

特記事項

「利用者情報システム」を活用し、利用者の日常生活能力、残存機能の評価を行っている。周辺症状を呈する利用者についても、朝・夕のミーティング等で情報共有し支援に取り組んでいる。事業所内研修で、認知症について学ぶ機会を設けている。看護師との連携のもと、認知症ケアについても検討している。利用者個々の症状に合わせ、個人・グループでの機能訓練を実施している。玄関等すべて施錠は行わず、職員見守りの中で自由に動ける環境を提供している。利用者の様子は連絡ノートや送迎時に直接伝え、必要に応じて認知症ケアについて家族に助言・情報提供を行い、内容に応じて介護支援専門員に報告している。

周辺症状を呈する利用者についての観察や支援の経過を記録に残すことが望まれる。介護支援専門員などと連携し、社会資源についても、情報提供することを期待する。

利用者の関係性に留意して配席に配慮し、BGMを流し、コーヒー・紅茶等の無料提供等、快適に過ごせる環境に配慮している。外出を希望される場合、職員が付き添って敷地内で散歩し閉塞感を感じないようにしている。危険物の保管管理を行い、異食や火傷等の事故防止のため、テーブル上は整頓され、洗面台の湯温も38度に設定している。トイレ等の表示がわかりやすく配慮されている。

A-5 機能訓練、介護予防

	第三者評価結果
A-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

特記事項

個別機能訓練計画・運動器機能向上訓練計画を作成し、実施・評価・見直しを行っている。集団での運動や個別の訓練を実施し、利用者が主体的に訓練を行えるように工夫をしている。理学療法士・看護師が、計画作成・指導を行っている。認知症の症状の早期発見に努め、介護支援専門員に報告し医療機関等につないでいる。

A-6 健康管理、衛生管理

	第三者評価結果
A-6-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	a ・ (b) ・ c
A-6-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a ・ (b) ・ c

特記事項

来所時の看護師によるバイタルチェック・利用中の看護師の観察により、利用者の体調変化や異変の兆候に早く気づくように努めている。迎え時には、家族から体調についての報告を受け、申し送り共有している。利用者の緊急連絡先・医療機関を把握し、体調変化時には看護師が対応し、家族・介護支援専門員に報告し連携する体制がある。服薬管理の事例は少ないが、服薬管理は看護師が行い、ダブルチェックで服薬確認を行っている。

高齢者の健康管理や病気・薬、体調変化時の対応について、研修の実施が望まれる。

「感染対策マニュアル」を作成している。職員は毎朝出勤時に検温し、検温表に記録し、体調の変化を日常的に把握している。インフルエンザ予防接種は法人の費用負担で全員が実施している。玄関や洗面台に消毒用アルコールやマスク等を設置し、消毒液（次亜塩素酸ナトリウム）でテーブルやトイレ等を清掃している。家族や来館者へは声掛けし手指消毒等の実施を呼び掛けている。職員や職員の家族が感染症にかかった場合の対応方法を、「感染症マニュアル」に文書化されることが望まれる。

A-7 建物・設備

	第三者評価結果
A-7-① 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	(a) ・ b ・ c

特記事項

建物・設備については業者が定期的に点検を行い、快適性・安全性の維持に取り組んでいる。備品については、月に1回備品点検表で管理している。壁は白、床は木目調で統一され、落ち着ける雰囲気づくりに配慮している。丸形や四角いテーブルを設置し、思い思いの場所で過ごせるように工夫し、休息できる臥床スペースも確保している。

A-8 家族との連携

	第三者評価結果
A-8-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	(a) ・ b ・ c

特記事項

定期的には送迎時や連絡ノートで、利用者の状況を家族に報告している。緊急時は電話でも連絡している。機能訓練計画見直し時に、家族にサービスの説明をしたり、要望・相談を聞く機会を設けている。送迎時・連絡ノート・電話等、報告すべき事項は必ず家族に伝達できるように方法を工夫している。送迎時に、家族の心身の状況・介護負担の把握に努め、必要に応じて介護支援専門員に報告している。家族に対して、必要に応じて介護に関する助言や情報提供を行い、内容に応じて介護支援専門員に報告している。

A-9 サービスの適切な実施

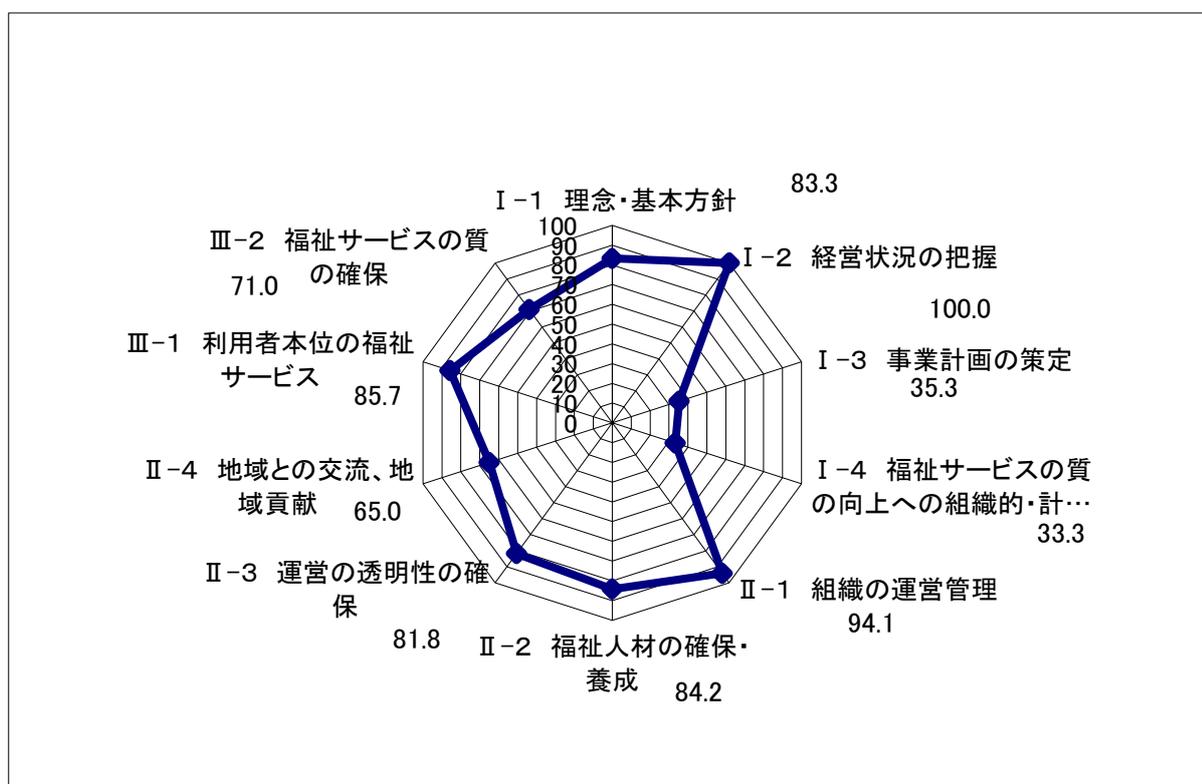
		第三者評価結果
A-9-①	サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	a ・ (b) ・ c

特記事項

機能訓練計画書に機能訓練について、口腔機能向上可算プログラムに口腔ケアについて、通所介護計画書の個別援助内容の「心理・精神」項目に心理面に着目したサービスについて、「排泄」項目に排泄について、個別具体的なサービスの実施方法を明示している。
意思疎通についても、明示することが望まれる。

I～III 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	6	5	83.3
I-2 経営状況の把握	8	8	100.0
I-3 事業計画の策定	17	6	35.3
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	9	3	33.3
II-1 組織の運営管理	17	16	94.1
II-2 福祉人材の確保・養成	38	32	84.2
II-3 運営の透明性の確保	11	9	81.8
II-4 地域との交流、地域貢献	20	13	65.0
III-1 利用者本位の福祉サービス	63	54	85.7
III-2 福祉サービスの質の確保	31	22	71.0



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1 支援の基本	15	13	86.7
2 身体介護	28	25	89.3
3 食生活	6	5	83.3
4 認知症ケア	16	14	87.5
5 機能訓練、介護予防	6	6	100.0
6 健康管理、衛生管理	16	13	81.3
7 建物、設備	6	6	100.0
8 家族との連携	8	8	100.0
9 サービスの適切な実施	5	4	80.0

A 達成度

