

福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン

①第三者評価機関情報

評価機関名：	有限会社 保健情報サービス
--------	---------------

②事業者情報

名称： 伯耆中央病院		種別： 通所リハビリテーション	
代表者氏名：院長 篠原 一郎		定員（利用人数）：20名	
所在地：鳥取県西伯郡伯耆町長山152-1			
TEL：0859-62-1212 FAX：0859-62-1239		ホームページ：http://care-net.biz/31/houkichp/	
【施設・事業の概要】			
開設年月日：平成12年4月			
職員数	常勤職員：6名		非常勤職員：1名
専門職員	准看護師：1名		看護師：1名
	介護福祉士：5名		
施設・設備の概要	（部屋数）		（設備等）

③理念・基本方針

1）私たちは利用者様に信頼され安心と満足を提供する事を目指します。 2）私は、医療・福祉・保健に貢献します。 3）私は、ご利用様に笑顔とあいさつを提供します。 4）私は、ご利用様に敬語を使います。 5）私は、ご利用様に質の高いサービスを提供します。 6）私は、施設の物を大切に使います。

④施設・事業所の特徴的な取組

人的サービス面 1）現場問題点などを、法人の会議等で議題として提案し、経営者の考えで決定する。 2）職員の質の向上（介護福祉士資格100%取得） 設備・環境面 1）施設内公園（1000坪）の有効利用（外気浴、散歩）
--

⑤第3者評価の受診状況

評価実施期間	平成26年10月1日（契約日）～
	平成27年8月26日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0 回（平成 年度）

⑥総 評

◇特に評価の高い点

伯耆中央病院内の通所リハビリテーションの事業所で、医療機関がOP・PT・言語聴覚士を有しており、多角的な専門分野のアプローチが可能となっています。

専門職員は看護師（常勤）と介護福祉士からなり（介護職の介護福祉士資格取得率100%となっています）、質の高い福祉サービスを提供できるよう組織全体で取り組んでおられます。また、医療との連携がスムーズに行われ、利用者・家族にも安心感へと繋がります。

施設内には1000坪の公園が作られており、自然を生かした外気浴を楽しみながらのリハビリ訓練も行われています。また、季節の折々には地域の方へも開放され憩いの場となっています。

◇改善を求められる点

法人としての理念・基本方針が実現できるよう、事業経営を取り巻く環境と経営課題を明確にされ、改善する為の中・長期事業計画の策定が望まれます。また、中・長期計画を反映した単年度計画も策定されることを望みます。

自分達が目指すべき方向性を具体化される事とその一連の流れを職員へ周知し、職員一人ひとりが組織の一員としての自覚と解決・改善に向け問題意識を持って日々の業務にあたられるよう取り組まれるとより一層良くなると思われます。

単年度事業計画についても、行事計画のみでなく、事業の考えや方向性等をご利用者・ご家族にも周知頂ける機会と捉え策定される事を望みます。

⑦第三者評価結果に対する事業者のコメント

初めて、第三者評価を受けて成果や課題が明確になったと思います。

改善を求められる点については、中長期計画の前年度の評価、目標を明確にすると共に、より実現可能な具体的内容に取り組んで、単年度計画に反映出来るように検討したい。

また、職員への周知をして今まで以上に信頼される施設として、職員一人ひとりが自分の役割を理解し、お互いを信頼しチーム力を高め、常に問題意識を持ちながら業務にあたれるよう努力したいと思います。

評価の高かった、専門職（PT・OT・ST）と協働して質の高いチームケアによるサービスを提供とPDCAサイクルを回すことで、ご利用者やご家族からの信頼され、満足して頂けるよう努力してまいります。

⑧各評価項目にかかる第三者評価結果

別紙のとおり

福祉サービス第三者評価結果

※すべての評価項目（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

	評価項目	第三者評価結果	コメント
	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	法人として理念・職員行動指針が明文化されており、全職員に周知が図られています。職員は名札の裏に携行しており、日常的に確認できるようになっています。 今後は、利用者や家族を始め地域社会へも示していく為にも広報誌、パンフレット、HP等利用され周知を図られると良いと思われます。

Ⅰ－２ 経営状況の把握

	評価項目	第三者評価結果	コメント
	Ⅰ－２－(1) 経営環境の変化等に対応している。		
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。	b	定期的に利用者の推移等のデータ収集をされ、週1回の法人全体ミーティングで報告されています。また、管理者のみでなく職員とも共有し、今後の経営課題に取り組めるよう情報の共有をされています。また、月1回開催の「通所ミーティング」に於いても情報を共有されています。 引き続き今後の地域の福祉サービスのニーズや潜在的利用者に関するデータ収集に取り組まれ、分析されると良いと思われます。
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。	b	組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の把握分析された経営状況や経営に対する課題について、法人全体のミーティングで共有されています。 経営状況や経営に対する課題について、職員にも公開はされていますが、周知に至っていない部分もあります。職員会での検討等組織的な運営方法も今後必要になると思われます。

Ⅰ－３ 事業計画の策定

	評価項目	第三者評価結果	コメント
	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。	b	中・長期の事業計画については、介護報酬の改定など法人を取り巻く状況を見据えた構想はあるが、具体的な数値目標等は設定されていない。中・長期の収支計画については策定されています。人材育成面での次世代育成行動計画は作成されていました。 理念等を実現するための中・長期の事業計画の策定が望まれます。
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。	c	単年度の事業計画・努力目標はあるが中・長期の収支計画を反映したものとなっています。 中・長期計画を反映した計画・事業内容をたてられることで、より具体的に実行可能な内容になり、PDCAサイクルも回しやすくなると思いますので早期の検討が望まれます。

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・見直し組織的に行われ、職員が理解している。	b	年度ごとに、通所リハビリテーション部門に於いても、本年を振り返り評価を行い、次年度の部門に於ける事業計画を作成されます。 事業計画の周知は、勉強会等開催時に行い周知するようにされています。
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。	c	年間の行事計画は掲示されています。また、ご家族と医療機関には病院便りを郵送している。 事業計画の主な内容についても、今後は周知・説明されて行かれることを望みます。

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

評価項目		第三者評価結果	コメント
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	介護職員の介護福祉士取得40%を目指して法人として組織で取り組み、計画的に実施してこられた結果、本年介護福祉士取得100%を達成された。今後更なる福祉サービスの質の向上を目指し取り組んで行こうとされています。 本年度よりは、この職員個々の自己評価や第三者評価等も利用しながらPDCAサイクルを継続されると良いと思います。
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。	b	法人組織として質の向上に向け、PDCAサイクルを回していく体制は整っています。 今回第三者評価を受審するにあたって自己評価された内容と評価結果をもとに、今後取り組むべき課題を明確にし、具体的かつ継続的な取組をされることを期待します。

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

評価項目		第三者評価結果	コメント
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	全体的な管理者としては、院長になります。 担当部署ごとに現場管理者が置かれており、役割と責任について組織図で明示されています。現場での職務権限もあきらかにされています。 現場管理者は、通所ミーティング等に参加し情報収集に努められています。
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。	b	法人として年1回法令順守研修会が開催されています。また、現場の管理者が地域ケア会議やその他関連する勉強会・外部研修に参加し理解に努められています。職員へは伝達講習で周知を図っておられます。

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。	b	組織全体で質の向上に意欲的で、リーダーを中心にサブリーダーとフォローし合いながら職員へ取り組まれています。 福祉サービスの質の現状について定期的に評価・分析を行い、課題を把握し、改善のための具体的な取組を、職員に向けて明示されるしくみを今後作られると良いでしょう。
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	業務の効率化などスケジュール管理や人員配置等の取組んでおられます。 働きやすい環境整備にも努められています。

Ⅱ－２ 福祉人材の確保・育成

評価項目		第三者評価結果	コメント
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	介護福祉士取得率１００％という事もあり、処遇改善加算も取得し、分配されています。今後は、ケアマネ資格取得、キャリア段位制度も視野に入れさらなる福祉サービスの質の向上を目指されます。 具体的な目標と事業計画を策定される事を望みます。また、更なる内部研修をされると良いと思われま。
15	Ⅱ－２－(1)－② 総合的な人事管理が行われている。	b	法人として、質の高い福祉人材の確保を目指し内部研修等も開催されており、専門職の配置や確保にも努められており、資格手当等の制度も設けられています。 賞与の際にも、人事考課制度が導入されています。 さらに、採用、育成、処遇等分析評価を行いながら進められると良いと思います。
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組んでいる。	b	法人全体で職員の就業に関する意向把握に努めており、有給休暇の取得状況や時間外労働についてもチェックがされています。 育児のための勤務体制として、夜勤の免除等が取られたり、休暇を取得しやすいように、勤務を調整する等、職場全体でカバーする仕組みが構築されています。
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	新人教育プログラムがあり、プリセプター制度を取り入れられています。 組織として「期待する職員像」が明確になっているので新人だけでなく、職員一人ひとりの目標管理の仕組みを構築されると良いと思います。
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。	b	県の介護職の教育プログラムに参加されています。また、事業所内新人教育プログラム・院内研修計画も策定されています。 今後は各レベルの職員へも質の向上を目指した基本方針や計画を策定・実施されると良いと思います。
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。	b	院内研修は、ビデオ研修なども活用し、１議題につき３回開催を行い、職員全員が受講出来るよう工夫されています。 今後は年間計画や個人目標に対応した院外研修や教育の機会が確保されるよう取り組まれると良いと思います。
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	実習生の受入れの体制は整えられ取り、毎年YMCAの学生さんを受け入れられています。 実習生から就職へも結び付いており、今後の人材確保にも繋がっています。引き続き、教育現場の情報収集・教育・育成体制整備に取組まると良いと思います。

Ⅱ－３ 運営の透明性の確保

	評価項目	第三者評価結果	コメント
	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。	b	ホームページには提供される福祉サービスの内容が明示されています。法人の特色や地域で果たす役割についても説明した広報誌が定期的に発行されています。 運営面の透明性については介護サービス情報の公表にて公表されています。 また、本年度より第三者評価を受審し取り組みのチェックをされるようにされています。
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	法人が医療法人なので、医療監視は定期的に受けておられます。介護保険の部分では、県の指導監督を受けられています。

Ⅱ－４ 地域との交流、地域貢献

	評価項目	第三者評価結果	コメント
	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。	b	地域公民館祭への見学や社協の作品展への協力と見学等、地域との交流を継続して行けるよう利用者の方に情報提供されています。また、年３回のイベントを開催し、家族等へ参加の呼びかけ交流されています。 今後も個々の利用者のニーズに応じられるよう地域にどのような利用者が利用できそうな社会資源の情報収集と収集した情報の提供を行われると良いと思います。
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	現在実績はないが、ボランティア受入れマニュアルや名簿は作成されており、体制は整備されています。窓口は同法人寿楽荘と共同なら寿楽荘、リハ単体なら病院事務局が担当するようになっています。
	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	地域の関係機関・団体等の利用者に関わりあいのある社会資源については把握されています。 法人内の居宅介護支援事業所のケアマネジャーを中心に関係機関と連絡を取り合い、地域ケア会議への参加、南部箕蚊屋連合の事例検討会への事例提示など行い、ネットワーク作りも行っておられます。
	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。	b	ハード面では１０００坪の運動公園を有し、花見の時期には地域の方に開放されています。 ソフト面では、随時、通所リハビリテーションの体験利用の対応もされています。 医療機関が隣接しており、医療と介護が総合的に活用出来るという事業所独自の機能を地域にPRする仕組みがあると良いと思います。
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。	b	PT・ケアマネジャーなど専門職に対して講師が出来るレベルの職員が在籍しており、高齢者学校へ講師派遣、専門者向けへの講習など要請があれば出向されます。 また、地域に向けて広報誌で専門職や医師のコラムを掲載し発信しておられます。 今後は、この人的資源を活用され、より地域が必要とする福祉ニーズに根差した事業・活動を行われることに期待します。

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

	評価項目	第三者評価結果	コメント
	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	サービス提供の基本姿勢が明示されており、組織で共通の理解が持たれるよう研修や勉強会が行なわれています。また、実際の対応を振り返り相互に声を掛け合いながら実践されています。 利用者の尊重・基本的人権への配慮については、研修等を行い周知徹底されてます。
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	プライバシー保護・虐待防止マニュアルの整備、研修でプライバシーと個人情報保護の違いについてなど職員に周知されています。また、日々のサービスに於いても、羞恥心にも配慮され、排泄時や入浴時の同性介助や個別入浴介助など本人の希望に合わせたサービスを提供されています。排泄マニュアル、入浴マニュアルも整備されており、新人研修時も学習されます。
	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	介護サービス情報の公表に情報を登録し広く公表されています。ホームページやパンフレットも用意され、また、役場の介護保険係や居宅介護支援事業所のケアマネジャーにも情報提供されています。 利用希望者から問い合わせや見学体験についても随時受付されており応じられています。
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	サービスの開始時には、重要事項説明書や契約書等を用いて事業所の基本的ルール、サービス内容や利用者負担金等について丁寧に説明し、利用者・家族等の同意を得られています。特に、サービス内容と負担金等には十分に理解が得られるよう詳しく説明するようにされています。
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	担当者会議で通所利用状況報告書をもとに引継ぎ等に対応されています。 サービス終了時が家庭であれば家庭生活についての提案や助言をされ、利用者に家庭での役割を確保されるよう取り組まれています。
	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。	b	意見箱の設置もあります。 利用者本人には、利用時に要望等聞いておられます。また、連絡ノートや送迎時にご家族と意見交換をしたり、本人の体調や要望を取り入れるようにされています。 不定期ですが嗜好調査も行なわれています。 出来れば定期的に、利用者満足度調査等の実施が望まれます。

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	苦情相談等の仕組みについては、重要事項説明書への記載や事業所の掲示板へ掲示されており、利用者・家族へ周知が図られています。 法人内には苦情対策委員会が設置されており、苦情があった際の手順が整えられており、苦情があった場合には速やかに個別対応が行なわれます。
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	連絡ノートを活用したり、利用者宅の訪問の他、サービス利用時にも、法人内の苦情相談窓口も設置されている他、法人内の居宅介護支援事業所のケアマネージャーが積極的に声をかけ、意見を言いやすい環境を整えられています。
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	苦情対策の手順が整えられ、苦情対策委員会で検討され対応されます。リスクマネジメントについては安全管理委員会と協調して検討が行われます。検討された対応策は、利用者本人や家族に対して説明され解決されます。
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	安全管理委員会が設置されており、手順等も整備され、リスクマネジメント体制が整えられています。毎月インシデント報告を行い、対策を検討しています。緊急時に都度開催され検討されています。 職員の役割も定められており、法人内の協力医療機関とも連携が取れる体制があります。
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	安全管理委員会の他、院内感染症委員会で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が整えられています。感染症に関するマニュアルも整備され、研修会も行われ職員への周知も図られています。 また、季節の感染症については家族に向けた情報提供を行う等予防への取り組みをされています。
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	安全管理委員会に於いて様々な災害を想定した災害時のマニュアルも整備されています。警報装置の設置も整えられています。避難訓練や消火訓練等も定期的に実施、備蓄についても用意されています。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

	評価項目	第三者評価結果	コメント
	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	マニュアルは整備され、どの職員が関わっても標準的な対応が出来るようにされています。 今後は標準的な福祉サービスが実際に提供出来ているか確認する仕組みも構築されていくと良いと思います。
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	各委員会ごとにマニュアルの改訂時の仕組みは出来ています。マニュアルの見直しは適宜行っておられますが定期的な検討会等はありません。 今後は定期的に見直す時期や方法を定められ実施されると良いと思います。
	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	事業所に於いても、利用開始時を始め定期的にアセスメントは実施されています。居宅介護支援事業所の介護計画やOP・PT等の専門職により作成されたりハビリ計画、アセスメントに基づき、担当者会議で事業所に於けるサービス実施計画書を策定されています。
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	日々のモニタリングをもとに、事業所職員によるカンファレンスが行われ、プランの評価が定期的に行われています。その評価内容をもとに担当部署と検討し見直しが行われます。急変等の変化がある時も随時カンファレンスを行い見直しが行われます。
	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	日々個々の利用者の実施状況の記録はされています。共有の方法としては、毎日のミーティング時の申し送りや日誌を活用されています。
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	個人情報の保護についてはマニュアルも作成されており、事業所内に掲示や重要事項説明書にも記載されています。 個人の記録を初めとするカルテは適切に管理されています。 紙ベースの情報が中心であり、整理やより使いやすい工夫をされても良いと思います。職員間で定期的に意見交換や見直しについての検討会を開催されても良いと思います。

福祉サービス第三者評価結果 (付加基準一通所リハビリテーション版一)

※すべての評価項目（25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記入する。

A-1 サービスの開始・継続

評価項目		評価結果	判断理由
A-1-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。			
1	A-1-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a	法人のホームページに各事業の特色が載っています。現在のホームページをリニューアルする計画があり、より利用者が情報を入手しやすくなると思われます。 広報誌やパンフレットにも情報が提供されています。ホームページと同時にパンフレットもリニューアル予定です。 また体験利用・見学の対応が整っています。
2	A-1-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a	重要事項説明書が整備され、サービス開始時にはサービス内容が詳しく説明がされ、利用者・家族等に同意を取っておられます。
A-1-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。			
3	A-1-(1)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a	事業所変更の場合には、次の支援事業者等へ通所連絡票で情報提供が行われサービスの継続性を図っておられます。 家庭復帰の場合には、家庭で出来る運動や注意事項等を説明されます。

A-2 サービス実施計画の策定

A-2-(1) 利用者のアセスメントが行われている。			
4	A-2-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a	利用者の心身状況や生活状況等を、事業所が定めた手順と調査票の書式により、アセスメントは行われており、ニーズ把握票で利用者一人ひとりのニーズや課題を明らかにされています。アセスメントの定期的な見直しも行われています。
A-2-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。			
5	A-2-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	a	アセスメントを基にカンファレンスが開催され利用者の希望も取り入れたサービス実施計画が作成されています。利用者ご家族にも丁寧に説明し、同意を得るようにされています。
6	A-2-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	担当者会議で評価・見直しが行われています。定期的な見直しは、短期が3ヶ月、長期が6ヶ月となっています。急変等の場合には随時見直しを実施されます。

A-2-(3) 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している。			
7	A-2-(3)-① 計画に沿った具体的な支援内容と利用者の状態の推移が分かる記録の仕組みがあり実施されている。	b	ケース記録、個人記録、チェック表等が用意されています。全ての記録されており、利用者の状態の変化や推移が分かるようになっています。 計画との連動性が弱い部分と、各記録の一元化が進んでない部分があるので今後に期待する。
A-2-(4) 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有している。			
8	A-2-(4)-① 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有している。	a	日々個々の利用者の実施状況の記録はされています。共有の方法としては、毎日のミーティング時の申し送りや日誌を活用されています。

A-3 サービスの実施

A-3-(1) サービス計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している			
9	A-3-(1)-① サービス計画に基づいて支援を行っている。	a	日々の支援は計画に基づいて行われています。 日報で記録も確認できました。
10	A-3-(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	コミュニケーションの方法についても実施計画に明確にされており、職員は利用者に対し必ず個別に話をする機会をもたれます。また、意見や要望、変化等は職員間で共有し、次の通所時に援助やコミュニケーションが途切れないように配慮されています。
11	A-3-(1)-③ 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	利用者一人ひとりの計画に則った個々のプログラムが用意されており、個別対応のレクも提供をされています。
A-3-(2) 身体介護			
12	A-3-(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	入浴に関するマニュアルも整備されており、健康上の理由で入浴できない場合の対応についても盛り込まれています。 日報で記録も確認できました。
13	A-3-(2)-② 排泄介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a	排泄に関するマニュアルが整備され、個別対応をされています。 日報で記録も確認できました。
14	A-3-(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	体調を常に確認され、状況に応じて対応されています。 日報で記録も確認できました。
15	A-3-(2)-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	a	入浴介助時、排泄介助時に観察し、確認が行われます。 日報で記録も確認できました。

A-3-(3) 食生活			
16	A-3-(3)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a	摂取状況の確認を行い、アセスメントされます。その日の体調によっても内容を変えたり、食事の時間を変えるなど個別の対応を心掛けておられます。
17	A-3-(3)-① 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	食事箋に従い食事を提供されています。当日の体調に合わせて食事の内容や形状を変えたり、介助方法を変える等工夫されています。
18	A-3-(3)-① 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b	利用者の状況を確認し、都度アセスメントを行い口腔ケアを行っておられます。
A-3-(4) 認知症ケア			
19	A-3-(4)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a	マニュアルを整備し、利用者の状態に応じた尊厳を守る対応を意識されています。
20	A-3-(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	移動の際や排泄時には特に気を付けられるようにされています。また、食事の際の座席にも配慮しておられます。
A-3-(5) 機能訓練、介護予防			
21	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	OT、PT等の専門職による個別リハビリ計画に沿った訓練を提供されています。また、通所時のみでなく家庭でも機能が下がらないよう、ご家族へ自宅での役割を持たせて頂くよう声をかけられたり、実際の様子を情報収集されるなど介護予防への取り組みもされています。
A-3-(6) 健康管理、衛生管理			
22	A-3-(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	利用者の体調変化時には、対応マニュアルも用意されており、手順に沿って迅速に対応されます。医療機関内に通所リハ事業所があるので、連携が迅速に行われる環境が整っています。
23	A-3-(6)-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a	感染予防マニュアル・食中毒予防マニュアルも整備されており、各々の研修も行われています。季節の感染症予防のため適宜ご家族へも情報提供が行われています。 インフルエンザの時期には自宅検温をお願いし、必要時には病院受診を依頼されます。また、送迎車両にも体温計を準備し、送迎時の検温される場合もあります。また、事業所の出入口に消毒薬を設置し事業所内に持ち込めない工夫もされています。 就業前にはエレベーター内からホームまでの清掃をされています。
A-3-(7) 建物・設備			
24	A-3-(8)-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。	b	設備点検が行われ、掃除も行き届いています。 増改築の関係で、倉庫が少ない事もあり大変だとは思いますが、廊下等、整理整頓を心掛けられると良いと思います。
A-3-(8) 家族との連携			
25	A-3-(8)-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	b	送迎時にご家族に家での様子を聞き取り、連絡ノートも活用し双方向の情報共有が出来るようにされています。 必要な場合には、直接電話で報告するようにされ、きめ細かく対応されています。 また、ご家族も連絡ノートを医療機関への受診時に持参されるなど活用されています。