

様式第1号

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

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：西谷憩いの家		種別：通所リハビリテーション	
代表者氏名：理事長 山田哲明		定員（利用人数）：40	名
所在地：兵庫県宝塚市大原野字波坂2番地7			
TEL 0797-91-1234		ホームページ：http://www.nisitanikai.jp	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：平成12年8月1日			
経営法人・設置主体（法人名）：社会福祉法人 西谷会			
職員数	常勤職員： 9 名	非常勤職員： 11 名	
専門職員	施設長 1 名		
	介護士 4 名	介護士 5 名	
	看護師 1 名		
	理学療法士 1 名		
	作業療法士 1 名		
	言語聴覚士 1 名		
施設・設備の概要	(居室数)		(設備等)
			食堂・浴室 レクリエーションルーム デイルーム・リハビリテーションルーム

③理念・基本方針

理念  
 虚往実帰  
 社会福祉法人西谷会においでになった方が、西谷会の職員や西谷会の心にふれて頂いただけで、明るく満ち満ちた気持ちになって頂けるような社会福祉法人西谷会でありたいという考え。

基本方針  
 高齢者の人生をサポートする

④施設・事業所の特徴的な取組

高台の緑に囲まれた眺望の良い立地で、施設の窓から四方に山並みが広がり、春は桜、夏は蛍、秋は紅葉、冬は雪と四季を感じることができる環境である。リハビリテーションの3専門職者である機能訓練士・言語聴覚士・作業療法士、介護職員、看護師、管理栄養士等の専門職者が連携し、利用者の心身状態の回復と悪化防止を図り、安心安全に自宅での生活を継続できるよう取り組んでいる。施設内の居宅介護支援事業所・介護老人保健施設・ショートステイ・訪問リハビリテーションを利用できる体制も整備している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 5 年 6 月 15 日 (契約日) ~ 令和 5 年 10 月 6 日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	初回

⑥総評

◇特に評価の高い点

○自然に恵まれ眺望の良い高台にある複合施設内にある事業所である。リハビリスペース・デイスペースは広く開放感があり、窓が多く明るい雰囲気である。畳のスペースを作ったり、ベッドやソファを設置する等、休息に適した環境づくりも行っている。個浴・一般浴・併設の介護老人保健施設との併用での機械浴の入浴設備を備え、自宅で安全に入浴するための機能訓練にも活用している。

○リハビリテーションの3専門職者である機能訓練士・言語聴覚士・作業療法士を常勤配置している。機能訓練士・言語聴覚士・作業療法士、介護職員、看護師、管理栄養士等の専門職者が連携し、利用者個々の状況に応じた日々の身体介護や生活支援、認知症ケア・褥瘡予防・機能訓練等について専門性の高い支援に取り組んでいる。

○利用開始時に利用者の状態を「カルテ」「通所リハビリテーション開始時訪問報告書」「興味、関心チェックシート」等に記録し、自宅や付近の写真を添付し詳細な情報収集に努めている。それらをもとに通所リハビリ計画（リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に関する実施計画）を作成し、定期的なデイカンファレンスで評価しながら、利用者個々の現状に適した個別機能訓練につなげている。

○デイミーティング・デイカンファレンス・リハビリテーション会議・運営会議・デイ運営会議・居宅会議・営業会議等、部門横断での会議を定期的に行い、情報共有・意見交換を行い、運営やサービス向上に取り組んでいる。

◇改善を求められる点

○定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上自己評価を行い、評価結果から課題を文書化して共有し、計画的に改善に取り組む仕組みづくりが望まれる。

○事業計画策定時の職員の意見の集約、事業計画の評価・事業報告書・次年度の事業計画の策定の連動性が望まれる。事業計画の主な内容を家族に周知する取り組みの工夫が望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受審し、外部の方に客観的に評価をして頂くことによって施設の強みや課題を確認することができ、新たな視点や気づきにつながる非常によい機会となった。

評価期間から頂いた助言をもとに、これから改善に向けて取り組み福祉サービスの質の向上を目指してまいります。

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。

（別紙）

### 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>  法人理念をホームページ・パンフレットに記載し、法人理念・施設の基本方針を入職時研修の資料に記載している。法人理念は、法人が目指すあり方を明示し、施設の基本方針は具体的な内容となっている。法人理念を施設の玄関に掲示し、入職時研修で説明すると共に、毎年実施している施設内研修のコンプライアンス研修で説明し、継続的に職員の周知と理解を図っている。法人理念と意味を施設のパンフレットにわかりやすく掲載し、利用者・家族への周知を図っている。		

##### 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>  厚生労働省・福祉医療機構・宝塚市の統計、地域生活支援会議、集団指導（オンライン）、法人の拠点長会議等を活用し、社会福祉事業全体、宝塚市、地域の動向やニーズの把握、分析に取り組んでいる。施設からの日報をもとに法人本部が月次実績表を作成し、コスト分析や利用率等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>  拠点長会議で月次実績表をもとに分析し、事業経営の環境と経営状況について課題を明確にし、課題解決・改善に向け取り組んでいる。拠点長会議に役員も参加し、課題について共有している。経営状況や改善すべき課題について、相談員合同会議で各拠点の相談員に周知し、相談員合同会議でも課題解決・改善に向け検討している。		

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>中長期計画は、具体的で実施状況の評価を行える内容となっている。中長期計画は、法人状況の変化等から、必要に応じて拠点長会議で見直しを行っている。理念・基本方針の実現に向けた目標の明確化が望まれる。</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。	(a) b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>中長期計画の内容を反映して事業計画を策定している。事業計画は、実行可能で具体的な内容で、実施状況の評価を行える内容となっている。</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。	a (b) c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画を年度初めの運営会議で説明し、職員に周知を図っている。中間決算期の理事会で、事業計画の実施状況を報告し把握している。事業計画の評価・事業報告書・次年度の事業計画の策定の連動性が望まれる。事業計画は、職員の意見を集約して策定することが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画を綴じたファイルを施設の玄関に設置している。コロナ禍以前は、事業計画の主な内容を家族懇親会で説明していたが、コロナの影響で家族懇談会の開催を休止している。事業計画の主な内容を家族に周知する取り組みの工夫が望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員の目標管理制度等、PDCAサイクルにもとづくサービスの質向上に関する取り組みを実施している。拠点長会議・運営会議・デイミーティング等、サービス内容について評価を行う体制が整備されている。情報の公表・兵庫県のチェックリストの評価基準をもとに、年に1回自己評価を行っている。組織として評価結果を分析・検討することが望まれる。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>評価結果にもとづいた課題の明確化、計画的な改善策の実施には至っていない。評価結果から課題を文書化して共有し、計画的に改善に取り組む仕組みづくりが望まれる。</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>管理者 事業計画の中で、経営管理に関する方針を明示している。事業計画を、年度はじめの運営会議で説明し、参加者が所轄する職員に説明・周知を図っている。職務分掌を策定し、具体的業務分担と責任の明確化が望まれる。また、BCP・組織図・職務分掌等で管理者不在時の権限委任の明確化が望まれる。</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>管理者は管理職研修の主催を担っており、法人諸規定や遵守すべき法令を理解している。経理規定・稟議書記載事項等に基づいて取引関係者と適正な関係を保持している。法人の管理職研修や県主催の集団指導参加等、法令遵守の観点での経営に関して学ぶ研修に参加している。事業所ごみは適切に区分し委託業者に、感染性廃棄物は産廃業者に廃棄を委託してマニフェストを受領する等、環境への配慮等も含む幅広い分野の法令に則り適切に対応している。内部研修で、個人情報保護法・ハラスメント禁止法等、職員が遵守すべき法令を周知する機会を設けている。</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、毎年、情報の公表制度や県のチェックリストを用いて、福祉サービスの質の現状について評価・分析を行い、把握した課題について運営会議で共有し改善に取り組んでいる。管理者は、拠点長会議・運営会議・デイミーティング等各種会議や各種委員会、研修・目標管理など具体的な体制を構築し参加している。個人面談を活用し職員の意見の把握に努め、把握した課題・意見について運営会議で共有し改善に向け検討している。</p>		

13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効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>管理者は、稼働率等を「日報」として本部に報告し、本部から事業所ごとにコスト分析等経営状況についてのデータが「月次実績表」としてフィードバックされている。拠点長会議・運営会議等で、財務状況等業務の効率化に向けて課題共有と解決に向け取り組んでいる。個別面談・管理職会議・デイミーティング等を通じて職員の意見を収集し、非常勤職員の適正配置・有給休暇取得促進等、働きやすい環境づくりに反映している。管理者は、拠点長会議・運営会議・管理職会議等、業務の実効性を高めるための体制を構築し参画している。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>法人中・長期事業計画で、福祉人材の確保・育成に向けた方針を明示している。専門職の配置を運営規定で明確にし、毎月必要な人員の充足度を「常勤人数換算表」・「組織図」等により確認・管理している。ホームページ・ハローワークの活用、また、職員紹介制度等効果的な採用活動を実施している。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>「西谷会スタッフ倫理規定」に法人として期待する職員像を明確にしている。就業規則・給与規定等で人事基準を明確にし、入職時に説明するとともに、事務所に規定集ファイルを設置して周知している。年2回個別面談を行う人事考課制度を導入している。職種別「職能評価シート」により複数上位者が評価を行い、専門性・能力・成果・貢献度等を評価している。職員処遇の水準については、採用広告、ハローワークのデータ等から拠点長会議で分析している。面談等で把握した職員の意見・提案等にもとづき、拠点長会議で改善策を検討・実施している。昇進要件等を具体的に定めたキャリアパスシートを整備し、職員一人一人が将来の姿を描くことができる仕組みが構築されている。</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。	a (b) c
<p>〈コメント〉</p> <p>勤怠システムを導入し、管理者が日々の時間外勤務等就業状況を把握し、法人本部が「勤怠台帳」で月間のデータをしている。有給取得状況は「有給台帳」で把握・管理している。健康診断・メンタルヘルスケア診断・腰痛検査を年1回実施し、職員の心身の健康と安全の確保に努めてい</p>		

<p>る。インフルエンザワクチンの費用一部補助を実施している。管理者は、定期的に個別面談を行う機会を設け、また、リーダー等管理職が職員の相談に対応する等職員が相談しやすい環境を整備している。法人のハラスメント相談窓口も設置し周知している。面談等で把握した職員の意見や希望を採り入れ、リフレッシュ休暇の付与等福利厚生に反映している。短時間就労、半日有給、育児・介護休暇休業制度等、ワークライフバランスに配慮した取り組みを行っている。福利厚生の実施・ワークライフバランスに配慮した取り組み等、人材の確保・定着の観点から働きやすい職場環境づくりに取り組んでいる。職務分掌を策定し、労務管理に関する責任体制を明確にすることが望まれる。</p>	
<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。</p>	
17	<p>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。</p>
<p>（a）・ b ・ c</p>	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個人目標管理制度を整備し、職員個々の目標管理のための仕組みを構築している。「目標管理シート」に、階層に応じた目標・専門職としての目標を設定している。目標は「職能評価シート」の組織目標に基づいて設定し、組織として職員に期待する職員像を明確にしている。職員は、5月・11月に、目標項目・スケジュール等を明確にした目標を設定している。6月・12月の上位者面談で目標項目・目標水準・目標期限等の適切性・目標達成度を相互確認し、次期の目標設定に反映している。</p>	
18	<p>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。</p>
<p>a（b） c</p>	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>内部研修計画として、年間研修計画を策定し、研修内容・スケジュール・担当者を明示している。研修内容に求められる知識や専門性を明確にしている。外部研修計画は策定していないが、案内があれば、随時参加を検討している。内部研修計画に沿って、資料配布・研修報告書提出により研修を実施している。外部研修については、参加者は「研修レポート」を作成し、事業報告書に反映している。年度末に研修内容やカリキュラム等の評価・検討を行い、次年度の研修内容・計画の見直しに反映させることが望まれる。</p>	
19	<p>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。</p>
<p>（a）・ b ・ c</p>	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員個別の資格取得状況・経験年数等は履歴書と受講証で把握し、法人でも把握・管理している。新人職員には、入職後1週間「研修日程表」に沿って基本的事項に関する研修を実施し、その後6ヶ月間、「指導者として指導・見極めるポイント」チェックシートに沿ってOJTを実施し、定期的に進捗状況を新人職員・指導職員が相互確認する仕組みを構築し、今後運用を予定している。「内部研修計画」をもとにテーマ別、外部研修参加により、職種別・階層別の研修機会を確保し、職員個々に応じた研修を実施している。外部研修に関し、案内の回覧・現場管理職を通じて情報発信を行い、希望者や該当者がいれば現場管理職を通じて受講を推奨している。受講時は、研修内容に応じてシフト調整・受講費負担など参加を支援している。リモート研修受講は、視聴環境整備や受講時間調整等、受講しやすいように配慮している。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>理学療法科実習生受け入れ実績はあるが、コロナ禍のため受け入れを休止している。実習生受け入れマニュアルを整備するには至っていない。実習生受け入れマニュアルを整備し、専門職の研修・育成に関する基本姿勢・留意事項等オリエンテーションに関する内容等を明文化することが望まれる。</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>ホームページで、法人の理念・基本方針・提供する福祉サービスの内容等を公表している。財務諸表を、WAMNETの財務諸表等開示システムで公開している。第三者評価受審結果はWAMNETで公表する予定である。事業計画・事業報告・予算決算情報は、施設内にファイルを設置しており申請により公開する仕組みがある旨を掲示している。第三者委員を含めた苦情相談体制を施設玄関に掲示している。法人の理念やビジョン・事業所の活動内容等について、社会・地域に対してホームページで情報発信している。パンフレットの居宅介護支援事業所への配布等で地域に広報している。苦情の内容・内容に基づく改善・対応についてプライバシーに配慮の上、ホームページ等で公表することが望まれる。また、事業計画・事業報告についても、ホームページで公表することを検討してはどうか。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>事務・経理・取引等に関するルール・権限等を経理規定・稟議書に明示している。規程ファイルを事務所に設置し、職員等に周知している。年1回、定期的に監事監査を実施し、監査結果は理事会で報告されている。外部の専門機関と契約し、必要に応じて弁護士・税理士・社会保険労務士等専門職等への相談や助言を受けられる体制がある。財務について、監査法人による定期的な監査支援を実施し指摘事項があれば拠点長会議で共有し経営改善を実施する仕組みがある。</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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「社会福祉法人西谷会スタッフ倫理規定」に地域との関わり方について基本的な考え方を掲げ、文書化している。地域の社会資源や活動についての情報や案内があれば、施設内・事業所内への設置・掲示等で利用者に情報提供している。地域の牡丹園の開園時には、利用者が参加できるよう外出行事として職員が同行している。コロナ禍以前は、施設の夏祭りに地域の人々を招待し、利用者と交流する機会を設けていた。令和5年度は地域の夏祭りが再開され、施設として屋台を出店したり、介護相談のブースを設置したり、案内を配布する等、施設・事業所の理解が得られるよう職員が参加している。利用者から相談があれば、ニーズに応じて地域の社会資源について情報提供している。</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。	a (b) c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>コロナ禍のためトライやるウィークの受け入れを休止していたが、今年度は施設として受け入れを再開し、学校教育への協力を行っている。「ボランティア受け入れマニュアル」を整備している。オリエンテーションでの事前説明に関する「ボランティアさんへお願い」書面が作成され、受け入れ時に書面を配布する仕組みがある。トライやるウィークについては留意事項等冊子を中学校で作成し配布している。「ボランティア受け入れマニュアル」に、ボランティア受け入れに関する基本姿勢・学校教育への協力についての基本姿勢等について明文化することが望まれる。</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。	(a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>介護保険事業所・医療機関・権利擁護相談窓口等「社会資源リスト」を作成し、事務所に設置し、共有を図っている。施設として宝塚市介護保険事業者協会・地域生活支援会議等への参加を通じて、独居高齢者対応等共通の問題に対して、解決に向けて取り組んでいる。施設として、給食施設連絡協議会に参加し 災害時の給食ネットワーク化に取り組んでいる。サービス担当者会議に参加し、地域での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 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)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設として、地域生活支援会議等への参加を通じて、独居高齢者対応等地域の福祉ニーズや生活課題の把握に努めている。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>通常は、施設として、いきいき100歳体操に理学療法士を派遣していたが休止している。施設として、地域の夏祭りに職員が参加し、地域コミュニティの活性化やまちづくりに協力している。施設として、一時避難所協定を結び、ハザードマップにも掲載し地域に周知を図っている。把握した福祉ニーズ等にもとづく事業・活動を、事業計画等で明示するとともに、コロナ禍終息後には、施設・事業所が有するノウハウや専門的な情報を、地域に還元する取組みが望まれる。</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>法人理念、法人の職員倫理規定、介護マニュアル「実施手順」の「注意事項」欄に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示している。利用者尊重や基本的人権への配慮について、施設内研修（資料配布・報告書提出）を実施している。利用者尊重や人権について、実施状況を把握・評価する仕組みづくりが望まれる。</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 (b) c
<p>〈コメント〉</p> <p>プライバシーマニュアルを作成している。介護マニュアル「実施手順」の「注意事項」欄に、プライバシーへの配慮について言及している。契約書・重要事項説明書に権利擁護に関する施設の取り組みを記載し、契約時に説明して利用者・家族に周知している。デイフロア内の設備について、トイレ・安静スペースのプライベートカーテンの設置等、プライバシー保護に配慮している。プライバシー保護マニュアルの内容の充足（個人情報保護・守秘義務以外の内容の追記）、研修の実施、実施状況を把握する仕組みづくりが望まれる。利用者・家族にプライバシー保護についての取り組みも周知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>事業所のパンフレットを多くの人が入手できるよう、地域包括支援センター・居宅介護支援事業所等に配布している。パンフレットは、言葉遣いや写真・図・絵等の使用により、わかりやすい内容になっている。広報誌・案内資料等も付けて説明している。見学・半日体験・1日体験に対応し、個別に丁寧な説明に努めている。利用希望者に対する情報提供について、随時見直しを行っている。</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・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>契約時の説明は利用者同席を基本とし、利用者の自己決定を尊重している。契約書・重要事項説明書・各種書類を説明し、文書で同意を得ている。パンフレット・広報誌・わかりやすい資料等を用いて、利用者がわかりやすいよう工夫している。特にサービス内容や利用料については、利用者・家族が理解しやすいよう具体的に説明している。契約書に「身元保証人・法定代理人・任意代理人」欄を設け、意思決定が困難な利用者への適正な説明、運用が図られている。重要事項の内容の変更については、文書で通知し、内容に応じて文書で同意を得ることとしている。</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>サービス利用を終了する際は、要請に応じて引継ぎ文書を提供することとしている。施設内で移行する場合は、「現在の状況」の書式で引き継ぎを行っている。サービス利用終了後も利用中と同じ相談窓口で対応している。利用終了時に、相談方法や担当者についての内容を記載した文書を、利用者・家族に渡すことが望まれる。</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>〈コメント〉</p> <p>コロナ禍以前は、年に1回、施設合同の家族懇談会を開催し、家族懇談会の際に全利用者の家族対象にアンケート実施していた。通所責任者がアンケート結果を集計し、「アンケート結果」「家族懇談会アンケート報告書」を作成していた。サービス担当者・リハビリテーション会議（対象者のみ）の開催時には必ず参加し、利用者・家族の満足の把握に努めている。アンケートの定期的な実施とアンケート結果をもとに改善につなげる仕組みづくりが望まれる。</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>〈コメント〉</p> <p>苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備している。苦情相談窓口に関する事項を重要事項説明書に、要望・苦情・意見の表明についてを契約書に記載し配布し説明している。第三者委員と苦情対応の流れを玄関に掲示している。施設玄関に意見箱を設置し、コロナ禍以前は家族懇親会でアンケートを実施していた。近年事例がないが、苦情があれば苦情内容・対応について「苦情受付書」に記録し、デイミーティングやデイリハカンファレンスで共有しサービスの質向上に取り組む仕組みがある。施設内で、苦情処理委員会を実施している。第三者委員への連絡方法の明示が望まれる。苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで公表することが望まれる。苦情を申し出やすい工夫として、アンケートを継続してはどうか。</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>b</b> ・c
<p>〈コメント〉</p> <p>重要事項説明書の「苦情相談窓口に関する事項」に、複数の相談窓口と相談方法を記載し、配布し説明している。相談しやすい、意見を述べやすいスペースの確保が望まれる。</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>b</b> ・c
<p>〈コメント〉</p> <p>利用中・送迎時等の日々のコミュニケーションや連絡帳への記載等で、利用者・家族の意見の傾聴・相談対応に努めている。把握した意見や相談については、申し送りノートで共有している。利用についての意見・要望等個別の内容は個別に対応し、行事や活動等サービスに関する内容はデイミーティングで検討し反映できるよう取り組んでいる。意見・相談対応マニュアルの整備と、定期的な見直しが望まれる。アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取り組みが望まれる。</p>		
<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。</p>		
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>b</b> ・c
<p>〈コメント〉</p> <p>施設内で事故防止委員会を設置し、「事故防止指針」を整備している。事故に関する研修（資料配布・報告書提出）を、年1回実施している。ヒヤリハット報告書・事故報告書により、事例の収集・記録を行っている。ヒヤリハット事例・事故発生時は、発生要因の分析、再発防止策の検討を迅速に行い報告書に記録している。報告書の内容を申し送りノートで周知すると共に、毎月の事故防止委員会でも報告し共有している。「事故防止指針」をもとに、具体的な「事故防止マニュアル」を整備し、職員に周知することが望まれる。デイカンファレンスで事故防止策の実施状況や実効性を確認し、報告書の「事故発生2週間後のカンファレンス」欄に記録することが望まれる。</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。	<b>a</b> ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>施設内で感染委員会を設置している。施設共通の「感染症マニュアル」を作成し、年1回見直しを行っている。事業所独自の「感染対応フローチャート」も作成している。感染症に関する研修（資料配布・報告書提出）を、年1回実施している。「感染症マニュアル」の「平常時の衛生管理」「発生時における対応方法」をもとに、看護師の指示のもとで感染症予防策、発生時の対応を適正に行っている。</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 行っている。	a・ <b>b</b> ・c
<p>〈コメント〉</p> <p>防災マニュアルの災害対策組織図に、災害時の対応体制を定めている。備蓄リストを作成して備蓄を整備し、管理栄養士が管理している。消防署立ち合いで、年2回、施設合同の消防訓練を実施している。施設全体のBCP（事業継続計画）を、現在作成中である。BCPに立地条件を考慮した災害対策・職員の安否確認の方法を明記し、職員に周知することが望まれる。災害時対応訓練・安否確認の連絡訓練等も、実施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>b</b> ・c
<p>〈コメント〉</p> <p>送迎・入浴・排泄・食事・レクリエーションについての標準的な実施方法を、事業所独自のマニュアル「実施手順」に文書化している。「実施手順」の中で、利用者尊重やプライバシー保護について言及している。入職時研修の中で、リーダースタッフが教育係となって実施手順を指導し、実施状況を確認している。</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。	a・b・ <b>c</b>
<p>〈コメント〉</p> <p>「実施手順」の検証・見直しには至っていない。サービスの標準的な実施方法は、職員が参画して定期的に検証し見直しが行われることが望まれる。</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>b</b> ・c
<p>〈コメント〉</p> <p>通所リハビリ計画（リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に関する実施計画）の策定責任者を計画書に明記している。サービス担当者会議・リハビリテーション会議（対象者のみ）で、部門横断した職種によるアセスメント・計画策定に関する協議を行っている。通所リハビリ計画に、利用者個々のニーズを明示している。「月間評価および報告書」で計画にもとづいたサービスの実施状況を確認する仕組みがある。支援困難ケースへの対応はデイカンファレンスで検討し、職員間で統一したサービスが提供できるよう取り組んでいる。組織が定めた統一した様式によるアセスメントの実施が望まれる。</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>b</b> ・c
<p>〈コメント〉</p> <p>「月間評価および報告書」でADLを再アセスメントし、デイカンファレンスで検討し、定期的には3ヶ月に1回通所リハビリ計画を見直している。デイカンファレンスの議事録を閲覧し、見直し後の計画内容を職員に周知している。緊急に計画を変更する場合は、直近のデイカンファレンスで検討する仕組みがある。計画の見直しに当たっては、モニタリング・評価を実施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。	<b>a</b> ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>利用者の身体状況や生活状況等を、介護ソフトの様式により把握し記録している。ケース記録の区分欄を活用し、計画にもとづいたサービス実施の記録を確認している。管理者層の職員が毎月ケース記録を確認し、必要に応じて書き方や記録内容について個別に指導・助言している。申し送りノート・ライン・パソコンのネットワークシステム・議事録等の回覧等により、情報共有する仕組みがある。デイミーティング・デイカンファレンス・リハビリテーション会議・運営会議・デイ運営会議・居宅会議・営業会議等、部門横断での会議を定期的に行い、情報共有に取り組んでいる。</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>a</b> ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>「個人情報保護に関する取扱いの指針」「個人情報保護規程」「運営規定」に、保管、保存、廃棄、情報の提供、不適正利用や漏えいに対する対策と対応、責任者等を規定している。個人情報保護に関する研修（動画研修・報告書提出）を実施している。入職時に守秘義務について説明し、誓約書を交わしている。利用者・家族に、契約書・重要事項説明書・「個人情報提供同意書」を説明し同意を得ている。</p>		

## A 内容評価基準

### A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 生活支援の基本		
A①	A-1-(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に工夫している。	<b>a</b> ・b・c
A②	A-1-(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>b</b> ・c

特記事項

①管理者・理学療法士・作業療法士が初回面接で利用者の状態を聞き取り、「カルテ」「通所リハビリテーション開始時訪問報告書」「興味、関心チェックシート」に記録している。利用者の自宅や付近の写真を添付し情報収集している。それらをもとに通所リハ計画書や機能訓練計画書を作成し、活動参加につなげている。活動メニューは機能訓練計画書や通所リハ計画書に明記し、会議で外出レクリエーションの活動を企画し活動している。利用者が役割を持てるように、裁縫が得意な利用者には座布団やお手玉を作ってもらっている。利用者に応じた生活や活動になっているかの見直しについては、変化がある場合は随時、定期的には3ヵ月に1回、計画の評価・見直しを行っている。

②フェイスシートや個別サービス計画書で利用者の思いや希望を把握し、支援している。難聴の利用者には、筆談・ジェスチャー等でコミュニケーションを行っている。コミュニケーションの方法や支援については、月1回のデイカンファレンスで検討・見直しを行い、個別サービス計画書の見直し時にも実施している。接遇に関する研修（資料配布・報告書提出）を実施し、利用者への接し方や言葉使いについて確認を行っている。利用者が話したい事を話せる配慮として、共用スペースと別の部屋や離れたスペースで話を聞くようにしている。会話の不足している利用者には座席の配置を考慮し、仲の良い利用者と同席にしたり、集団レクリエーションへの参加を促している。職員からも積極的に声をかけるようにしている。今後も、利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉づかひの徹底に向け取り組むことを期待する。

		第三者評価結果
A-1-(2) 権利擁護		
A③	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	a・b・c

特記事項

「高齢者虐待防止マニュアル」「報告チャート」を整備し、「報告チャート」に所管行政への届出・報告についての手順を明示している。「身体拘束マニュアル」を整備し、緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の手続と実施方法等を明記している。「事故防止・身体拘束廃止委員会」で拘束事例がないことを確認している。利用者の権利擁護のための具体的な取り組みを重要事項説明書・契約書に記載し、契約時に利用者や家族に説明している。

A-2 環境の整備

		第三者評価結果
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A④	A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	a・b・c

特記事項

毎日の清掃で清潔を保持している。共用スペースは窓が多くあり、明るい雰囲気になっている。冬はエアコンに加え、足元ヒーターの設置、毛布や加湿器の使用等で、空調の調整を行っている。共用スペース以外に畳のスペースを作ったり、ベッドやソファを設置する等、休息に適した環境づくりを行っている。カーテンでプライバシーの確保に配慮している。

A-3 生活支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A⑤	A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	(a)・b・c
A⑥	A-3-(1)-② 排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	(a)・b・c
A⑦	A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	(a)・b・c

特記事項

<p>⑤「通所リハビリテーション開始時訪問報告書」に入浴評価と入浴計画を明記し、それに基づいて対応している。利用者自宅の浴室の写真も添付し、自宅での入浴状況に合わせられるよう配慮している。入浴方法等については、変更が必要な場合は随時デイカンファレンスで、定期的には個別サービス計画の見直し時に検討・見直しを行っている。入浴形態は、個浴・一般浴・併設の介護老人保健施設との併用で機械浴を設置している。入浴支援時は浴室内に介助者3名と、脱衣場に1名職員を配置し、入浴介助実施手順に沿って安全面に配慮し、浴槽内の足台や滑り止めマットも使用している。利用者の尊厳や羞恥心への配慮については、個浴での対応と、一般浴では少人数での入浴で対応している。入浴可否は、バイタルチェックの数値で看護師が判断し、状態によっては主治医に確認し判断している。入浴ができない場合は、シャワー浴・部分浴・清拭で対応している。入浴の順番は、男性・女性で毎日入れ替え、感染症のある利用者については主治医に確認し順番に配慮している。入浴の状況に変化があった場合、介護支援専門員に報告を行い、家族には送迎時や連絡ノートを用いて報告している。</p> <p>⑥介護支援専門員からの「日常生活動作情報提供書」をもとに利用者の心身の状況と意向を把握し、排泄の支援を行っている。排泄支援方法等について変更が必要な場合は随時デイカンファレンスで、定期的には個別サービス計画の見直し時に検討・見直しを行っている。排泄用品を使用している利用者にもトイレで排泄を促している。腹部に力が入りにくい利用者に対しては、マッサージを行う等、自然排便を促している。トイレのスペースは広く、車いす・歩行器の利用者も安全に利用できる環境である。排泄手順書を整備しており、利用者のプライバシーに配慮したり、介助を安全に実施するやめの取り組みが行われている。排泄チェックを行い、尿や便の確認をしている。異常があれば個別記録に記録して経過観察を行い、家族や介護支援専門員にも連絡をしている。排泄チェック表から排泄パターンを把握することで、可能な限り早く対応できるよう配慮している。</p> <p>⑦介護支援専門員からの「日常生活動作情報提供書」と「通所リハビリテーション開始時訪問報告書」の運動機能の項目の内容を基に、利用者個々の状況に応じた移動支援を行っている。移動支援方法等について変更が必要な場合は随時デイカンファレンスで、定期的には個別サービス計画の見直し時に検討・見直しを行っている。個別機能訓練計画に基づいたリハビリの実施や車イスの自走、歩行器を使用した歩行等により、移動の自立に向け支援している。移動に関する福祉用具として、車イス・歩行補助器・シルバーカー・杖等を用意しており、利用者の使い慣れた用具の持ち込みも可能としている。館内の動線は広く確保されており、移動しやすい環境になっている。車イスや歩行器使用者の座席の配置をトイレに近い場所や動きやすい場所に配慮し、可能な限り早く対応できるようにしている。送迎サービスでは、車酔いに配慮した座席の配置や利用者の自宅周辺の写真を用い、状況にあった配車や介助ができるようにしている。家族には、初回訪問時に自宅内での動線を確認し、助言等をしている。必要に応じて介護支援専門員にも報告している。</p>
--

		第三者評価結果
A-3-(2) 食生活		
A⑧	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a・b・c
A⑨	A-3-(2)-② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・b・c
A⑩	A-3-(2)-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

<p>⑧献立は、管理栄養士と厨房の委託業者の栄養士で作成している。毎月のテーマを決めた行事食の実施や誕生日会で赤飯を提供する等、食事が楽しめるよう工夫している。衛生管理については、大量調理施設衛生管理マニュアルに基づき適切に行っている。</p> <p>⑨初回訪問時に自宅での食事状態の確認をし、「通所リハビリテーション開始時訪問報告書」に食事に関する状況を明記している。個別機能訓練計画書に言語聴覚士からの口腔機能の状態が明記されており、それに基づいた食事を提供している。食事提供・支援方法について変更が必要な場合は随時デイカンファレンスで、定期的には個別サービス計画の見直し時に検討・見直しを行っている。食事介助マニュアルを整備し、安全に食事の支援が提供できるよう配慮している。食事中は、言語聴覚士がラウンドし食事状態の観察を行っている。食事前の嚥下体操の実施や、必要な利用者には言語聴覚士による20分間の個別対応訓練を実施し、経口での食事摂取の継続に取り組んでいる。個別のケア記録に食事摂取量を記録し、水分量は必要に応じて確認し水分補給を行っている。家族とは連絡ノートに利用時の食事量や家庭での食事状況を記入することで情報を共有し、必要に応じて助言をしている。介護支援専門員にも必要に応じて報告している。</p> <p>⑩自宅での口腔ケア（歯磨き）が困難な利用者や、本人・家族の希望に応じて、歯ブラシを持参して午後から歯磨きを実施している。併設の介護老人保健施設との合同で口腔ケアについての研修（資料配布・報告書提出）を実施している。口腔衛生週間を年1回実施し、全利用者に口腔状態のチェック表を渡し、本人・家族でチェックしてもらっている。口腔ケアが必要な利用者には、個別ケア計画書に支援方法を明記している。言語聴覚士が口腔状態を確認し、支援方法に変更が必要な場合は随時見直しを行い、定期的には個別サービス計画の見直し時に検討・見直しを行っている。口腔状態は家族に報告し、必要に応じて歯科医の受診を勧め、介護支援専門員にも報告している。</p>	
---	--

		第三者評価結果
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑪	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a・b・c

特記事項

<p>併設の介護老人保健施設で褥瘡対策委員会を開催しており、委員会の議事録を回覧し確認している。褥瘡対策委員会主催のポジショニングについての勉強会に全職員が参加し、褥瘡に関する最新情報を収集している。家庭での褥瘡予防について、必要に応じてマットレスや車イスのクッション等について家族に助言している。必要に応じて、介護支援専門員にも連絡している。褥瘡対策のための指針やマニュアルを整備し、職員に周知する取り組みが望まれる。</p>	
--	--

		第三者評価結果
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A12	A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	a・b・c

特記事項

非該当	
-----	--

		第三者評価結果
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A13	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。	ⓐ・b・c

特記事項

<p>個別機能訓練計画と自主トレーニングのメニューを利用者の状態や意向に応じて作成し、それに基づいて機能訓練を実施している。計画書とメニューは定期的に3ヶ月毎に評価・見直しを行っている。機能訓練士・作業療法士・言語聴覚士が常勤として配置されており、利用者の状況に応じて機能訓練等について助言・指導を行っている。日々の生活動作の中では、車イスの自走や起立、歩行補助器等の使用による歩行等が可能な限り行えるよう支援している。個別機能訓練では、機械を取り入れたメニューやベッド上で実施するメニューで取り組んでいる。日々の利用者の言動で認知症状が疑われるようなことがあれば、介護支援専門員に報告している。</p>	
--	--

		第三者評価結果
A-3-(6) 認知症ケア		
A14	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	ⓐ・b・c

特記事項

<p>管理者・機能訓練士・作業療法士が初回面接で利用者の状態を聞き取り、「カルテ」「通所リハビリテーション開始時訪問報告書」「興味、関心チェックシート」に記録している。機能訓練士・作業療法士・言語聴覚士が改訂版長谷川式簡易知能評価スケールを使用し、認知機能の状態を確認している。接遇や認知症についての研修（資料配布・報告書提出）を実施し、認知症の利用者への関わり方や最新の知識・情報について学んでいる。行動・心理症状のある利用者には、デイカンファレンスで多職種（介護職員・看護師・機能訓練士・作業療法士・言語聴覚士）で支援内容の検討をしている。観察した内容をケア記録に記録し、経過観察を行っている。必要に応じて、申し送りノートを使用し情報共有している。共用スペースでの座席の配置に留意し、共用スペース以外にも安静スペースを設け、落ち着ける環境に配慮している。要介護の利用者を対象として個別機能訓練を実施し、集団での活動に向いている利用者には集団での作業やレクリエーションを実施し、個別とグループでの活動を提供している。家族とは送迎時や連絡ノートでサービス利用時の状況や家庭内での状況を共有し、必要に応じて助言や専門医への受診を勧めている。介護支援専門員にも必要に応じて報告している。</p>	
---	--

		第三者評価結果
A-3-(7) 急変時の対応		
A15	A-3-(7)-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	a・b・c

特記事項

<p>「急変時対応マニュアル」の「手順とフロー」に、利用者の体調変化時の対応手順を記載している。施設医師・協力医療機関との連携体制を整備し、利用者個々のかかりつけ医も把握している。迎え時の検温と来所時のバイタルチェックにより健康確認を行い、健康状態を介護ソフトに記録している。バイタルチェック、多職種の職員の利用中の観察により、利用者の体調の変化や異変の兆候の早期発見につなげている。服薬については、自己管理できない利用者については、「薬あずかり表」で家族と連携して支援している。利用日の体調について、迎え時に家族から情報を得て、来所時と帰宅前に確認している。異変があった場合には、看護師が、家族・施設医師・介護支援専門員等に連絡している。高齢者の健康管理・病気・薬や、体調変化時の対応について研修を実施することが望まれる。服薬確認を記録に残すことが望まれる。</p>	
--	--

A-4 家族等との連携

		第三者評価結果
A-4-(1) 家族等との連携		
A16	A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	a・b・c

特記事項

<p>家族に対し、定期的には連絡ノートで、変化があった時は主に電話で利用者の状況を報告している。連絡ノート・電話の他にもメモや手紙を使い、報告すべき事項が必ず家族に伝わるよう伝達方法を工夫している。サービス担当者会議や送迎時等に、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。要望や相談についてはケース記録に記録している。必要に応じて、パンフレット・資料等で家族が必要とする情報を提供したり、介護に関する助言を行い、また、送迎時等に家族の心身の状況や介護負担にも留意し、必要に応じて介護支援専門員に報告している。</p>	
---	--

A-5 機能訓練、介護予防

		第三者評価結果
A17	A-5-① 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

<p>通所リハビリ計画（リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に関する実施計画）の「具体的なケア内容」欄に、食事・入浴・排泄・口腔ケア・機能訓練について、個別・具体的な実施方法を明示している。利用者個々の状況に応じて、意思疎通・心理面に着目した個別・具体的なケア・留意点を明示することが望まれる。</p>	
---	--