

2023年度
福祉サービス第三者評価結果
報告書

社会福祉法人 こうほうえん
通所リハビリテーション
通所リハビリテーション事業所 さかい幸朋苑

評価機関：特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

目次

	ページ
福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン …	1
共通評価基準【45項目】	
Ⅰ. 福祉サービスの基本方針と組織 ……………	7
Ⅱ. 組織の運営管理 ……………	11
Ⅲ. 適切な福祉サービスの実施 ……………	19
内容評価基準【16項目】 ……………	28

(添付資料)

◆ 職員自己評価・利用者アンケート調査 集計結果

福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン

① 第三者評価機関名

特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

② 施設・事業所情報

名称： 通所リハビリテーション事業所 さかい幸朋苑	種別： 通所リハビリテーション														
代表者：渡部 信之（管理者）	定員：50名														
所在地：鳥取県境港市誠道町2083番地															
電話：0859-45-6782	ホームページ： https://www.kohoen.jp/														
【施設・事業所の概要】															
開設年月日：1986年 7月 3日															
経営法人・設置主体：社会福祉法人 こうほうえん															
職員数	常勤職員：13名 非常勤職員：11名														
専門職員	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">介護福祉士：12名</td><td style="width: 50%;"></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">理学療法士：5名</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">作業療法士：6名</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">言語聴覚士：4名</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">歯科衛生士：1名</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">看護師：3名</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">栄養士：1名</td><td></td></tr> </table>	介護福祉士：12名		理学療法士：5名		作業療法士：6名		言語聴覚士：4名		歯科衛生士：1名		看護師：3名		栄養士：1名	
介護福祉士：12名															
理学療法士：5名															
作業療法士：6名															
言語聴覚士：4名															
歯科衛生士：1名															
看護師：3名															
栄養士：1名															
施設・設備の概要	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">デイルーム：237.9㎡</td><td style="width: 50%;"></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">訓練室：70.0㎡</td><td></td></tr> </table>	デイルーム：237.9㎡		訓練室：70.0㎡											
デイルーム：237.9㎡															
訓練室：70.0㎡															

③ 理念・基本方針

<法人理念>

わたしたちは 地域に開かれた 地域に愛される 地域に信頼される こうほうえんをめざします。

<法人方針>

わたしたちは サービス業のプロとして 正しい情報を伝達し 自分が受けたい 保健・医療・福祉サービスの提供・改善に努めます。

④ 施設・事業所の特徴的な取組

1. 社会福祉法人こうほうえん「大切にしたい価値観」互惠互助の考えに基づいたサービス提供
2. 複合施設内にある一事業所としてリハビリの場としての役割を持ち、多職種との連携を行いながら事業運営
3. 短時間デイケア、一般デイケアと2つの顔を持つ事業所

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	2023年 10月 10日（契約日）～ 2024年 3月 31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

1. 主任相談員が軸となって事業所内研修で独自のテーマを設け、研修の充実を図っている

管理者が併設する老人保健施設の施設長との兼務体制であることから、主任相談員がサービスの質の向上に関する実質的な推進役として主体的に研修の充実などに努めている。市内のデイサービス事業所との差別化を図るべく、新たなメニューの開発やサービスの質の向上に取り組んでいる。

法人では、エリアと事業所の各層における研修計画を定めて、体系的な職員育成に取り組んでいる。2023年度には「エリアグループ学習」（前年度の法人主催の研究発表会・抄録を活用した意見交換）を各事業所で実施させているが、当事業所はそれに加えて独自のテーマを設け、研修を充実させている。なかでも法人が独自に定めている「9つの介護基準」を取り上げ「介護基準書を知る」として学び合い、サービスの質の底上げに努めている。

また、職員会議を復活させて職員間のコミュニケーションの円滑化にも努め、職員からは「職員間の連携ができています」「働きやすい」という声が出ている。

自らの責任と役割をより明確にしなが、今後も継続的に取り組んでいくことを期待する。

2. 利用者の身体機能と生活環境等に応じた個別プログラムを策定し、移動支援までを含む機能訓練を実施している

利用者の心身の状況と意向を踏まえてリハビリテーションの専門職が身体機能をアセスメントし、各利用者に適した移動補助用具を選定している。その際、利用者には用具の使用方法まで助言し、より自立に向けた活用ができるように働きかける。この助言により、利用者は通所訓練のときだけでなく、日常生活全般で用具を活用することが動機づけられている。

例えば、プログラムは「4点杖からT杖へ、T杖から独歩へ」のように、利用者自身が段階を踏んだ目標を認識でき、機能の回復を実感できるように設定されている。

当事業所では、利用者が主体的にリハビリテーションに取り組めるように、生活に即したメニューで訓練を行うように個人プログラムを作成している。このプログラムについては、利用者がリハビリテーションと自主訓練の内容まで理解できるように、わかりやすく示されている。

なお、リハビリテーションは、リハビリテーション専門職が指導・助言しながら進めている。

機能訓練プログラムは、専門職がアセスメントしながら、利用者の意向も踏まえて、訓練に利用者が主体的に取り組めるよう目標設定までを共有している。通所リハビリテーションは、在宅生活を送っている人を対象としている。通所時の訓練室で行うリハビリテーションだけでなく、当事業所ではこれを在宅生活に活かせるように支援していることが評価できる。

3. チームによるサービス利用の決定、支援、協力が、当たり前のように実践されている

法人の「大切にしたい価値観」として「職員の輪」が取り上げられ、職員は家族であること、大切な仲間であると明示されている。この価値観が、現場では普通のことのように、多職種連携を当たり前のこととして実施している。

1) 当事業所専属の常勤職員は相談員と介護職員で、支援に欠かせないリハビリテーション専門職は、法人内の他事業所と兼務しているが、専門性を伴う必要な支援は常時提供できる体制である

例えば、利用開始時から主任相談員とリハビリテーション専門職が家庭訪問を行い、アセスメントを実施して、利用の適切性について判断している。リハビリテーション計画の作成時には、リハビリテーション専門職、介護職員、相談員の3つの分野から担当職員を指名してアセスメント項目を分担し、事前把握した情報から計画を作成して、主任相談員が内容を確認している。

利用終了時、他の事業所へ移行する場合は、当事業所におけるリハビリテーション計画や日々の支援内容を、さかいエリアで活動するリハビリテーション専門職による「リハビリ会議」に情報提供という形で報告し、活用するようにしている。

2) 法人内の他事業所との連携が日常業務として定着し、利用者の安心感につながっている

法人内部では、系列のリハビリテーション病院、同じ建物内の老人保健施設、特別養護老人ホーム、デイサービスセンター、介護支援事業所、福祉用具など利用者の課題に応じた連携が定着している。

法人の理念の実践に向けて、エリアを中心とする連携の体制づくりが定着し、活用されていることがうかがわれる。利用者の視点からは「状態の変化にも適切に対応してもらえる」という安心感があるのではないかと推測できる。なお、法人外の他事業所との連携は、利用者に関する担当者会議への参加が中心である。法人外の他事業所には、病院、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等がある。

さらなる実践によって、こうほうえんの「地域に開かれた、地域に愛される、地域に信頼される」という法人の理念を実現する取り組みが、さらに充実に向かうものと考えられる。

◇特に改善を求められる点

1. 入浴支援における事故の再発予防のための要因分析の強化を期待する

生活現場で発生する転倒・転落など、移動に伴う事故を完全に防ぐことは難しいと言われている。確かに、転倒のリスクは「立ち上がれる」「歩行できる」ということにより高くなる。すなわち、生活動作のなかに転倒のリスクは含まれているため、完全に防ぐことは困難であると言われる理由はそこにある。

当事業所の「いろんなこと報告書・事故報告書」には風呂場における転倒が 2 件ある。その状況を見ると、うち 1 件は流し場で歩行中に転倒し、もう 1 件では、洗体台から利用者が立ち上がるときに手すりをつかみ切れず、転倒したようである。報告書に記された要因分析および再発予防策は「傍らで可能な限り見守る」という内容で、対策としてはやや具体性に欠ける。

風呂場における転倒は、利用者が裸体の状態であるからこそ、利用者には大きなダメージをもたらしやすい。また、歩行可能な機能を有する利用者であるほど、転倒のリスクは高くなる。洗い場は濡れているために滑りやすく、それが石鹸水であれば、さらに滑りやすくなる。一方、職員は履き物をはいているため、そのことに気づきにくい。また、当事業所の洗体台に設置されている手すりは、石鹸が付着した手ではつかみにくい太さである。

転倒の要因分析では、その場の環境まで十分に観察し、リスクを軽減させる取り組みにつなげていく必要がある。見守りの強化のみにとどまらず、環境面からのアプローチの強化を期待する。

2. 通所時の利用者の過ごし方とその環境について快適性の視点から見直しを行い、工夫するよう期待する

通所リハビリテーション利用者が、とりわけ長時間を過ごしている場所がある。しかも、その場所は 1 カ所で「食堂」「リビング」「訓練室」を兼ねる大きな部屋である。長時間利用者のなかには利用中に「休息」を必要とする利用者もいる。そのときにも、大きな部屋の一角に置かれたベッドで休息をしている。

この環境に対して、利用者調査では「暗い」「狭い」「安らげない」などの環境に対する率直な意見が寄せられている。これについては職員の自己評価でも同様の意見があるほか、休息用のベッドの不足もあげられている。ただし、ベッドを入れるとさらに使える空間は狭くなる。職員は、清掃をまめに行うなど「快適性」の確保に努めているが、そのような取り組みだけでは、成果に限界がある。

通所リハビリテーションとして使える空間を広げることは、たやすくはないと考える。ただし、この状況を踏まえて「できることは何か」「取り組める余地はどこにあるか」について、抜本的に考え直す必要があると考える。取り組みに期待する

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

生活の場は自宅。その生活に活かせるリハビリを考えて、提供していく考えは、浸透している。その過程や手順は、評価内容の通り、すでに確立されており、本人・家族はもとより、リハビリスタッフが中心となって多職種が連携し、目標達成に取り組んでいく流れはできている。同時に、自身の回復や、意欲の向上につながるような支援も目指している。

ハード面に関しては、何をとって古さを感じられるものばかり。古いからを理由に、新しいものに取り換えることばかり考えて、いまできることに目が向いていない事業所になっていた。古さの中にも知恵を出し合って一工夫する努力をしていく……、そんな事業所に転換していきたい。

入浴支援は、業務の中でもリスクが高く、大事故につながる可能性が高い業務。現状、入浴希望者が多く、質より数をこなすことを優先してしまっていた。完全に目が行き届いていない場面もあることは

事実。いま一度、ご利用者が過ごすダイルームと併せて環境面をリハビリスタッフと共同で検討して、プライバシーや快適性の向上に取り組んでいく。

このたびは、法人の中の一事業所として評価していただきましたが、事業所が法人およびエリアから守られている部分が多くあることを、改めて認識できました。もし、法人の考えである互恵互助や介護基準がなかったなら……、今回のこのような評価結果は、なかったものと思います。法人が作り上げてきたものの大きさを感じることができました。

いろいろな気づきをいただき、ありがとうございました。

⑧ 第三者評価結果

別紙「第三者評価結果」に記載している事項について公表する（p.7～35）。

● 共通評価基準

I サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

I-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。		評価
判断基準	a) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。	b
	b) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。	
	c) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針の明文化や職員への周知がされていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 43.5% b) 56.5% c) 0.0% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人は理念として「わたくしたちは、地域に開かれた、地域に愛される、地域に信頼される、『こうほうえん』を目指します」と掲げ、基本方針として「わたくしたちは、サービス業のプロとして正しい情報を提供し、自分が受けたい保健・医療・福祉サービスの提供・改善に努めます」と定めている。それらは法人が発行するホームページに掲載しており、広報誌『お互いさま』(年4回発行)に掲載する場合もある。 ・法人の理念や基本方針は『互恵互助』と題する小冊子に掲載し、全ての職員に配布するとともに採用時等の研修の機会や年頭の会議(リモート)で理事長が全職員に伝え、それに参加できない職員には印刷して周知している。 ・事業所では理念等を掲示するとともに、職員はエリアの朝礼や事業所の夕礼時に理念や小冊子『互恵互助』の一つの項目を取り上げて唱和し、利用者や家族には重要事項説明書に基本方針を記載して契約時に説明している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では理念や基本方針等について、事業所でのパンフレットやチラシへの掲載はない。 ・今回の第三者評価の実施に伴って行った職員自己評価では、特に「職員への周知」「利用者や家族への周知」に関して肯定的な回答の割合は2割に満たなかった。さらなる取り組みを期待する。 	

I-2 経営状況の把握

I-2-1 経営環境の変化等に適切に対応している。

【2】I-2-1-1-① 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。		評価
判断基準	a) 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
	b) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されているが、分析が十分ではない。	
	c) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 17.4% b) 60.9% c) 8.7% 無回答) 13.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業経営をとりまく情報収集と分析は法人の経営企画部が主導して取組み、法人連絡会議(毎月)で情報提供や指示が行われ、エリアごとに開催されるエリア内調整会議で伝達される。当事業所は「さかいエリア」に属している。 ・事業所の管理者は同じ建物内の老人保健施設の施設長が兼務し、事業所の業務は主任相談員が中心で業務遂行し、経営状況に関する情報は同エリアの総合施設長からの提供やエリア調整会議によって把握している。 ・事業所内での重要な情報の周知は基本的にはグループウェアを使用し、案件によって印刷して掲示や配布をしたり、朝礼や夕礼の機会に口頭で伝える場合もある。 ・事業所において利用者の安定的な確保は経営上の重要課題であり、市内の同業の事業所の動向把握に努めている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・この項目に関する職員自己評価では肯定的な回答の割合は全体的に低かった。事業所では法人経営に関する取組みや情報を職員会議などにおいてもさほど積極的には知らせていない。職員に対する周知の内容や方法などに関する工夫の取り組みを期待する。 	

【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。		評価
判断基準	a) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b
	b) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき、取組を進めているが十分でない。	
	c) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづく取組が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 17.4% b) 60.9% c) 8.7% 無回答) 13.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の経営企画部が主導して経営課題を明確にし、必要な情報や指示は法人連絡会議(毎月)およびエリアごとに開催されるエリア内調整会議を経て各事業所に伝達され、課題に応じて本部および各事業所で具体的な取り組みを進めるしくみである。 ・経営状況や改善すべき課題は理事会、監事監査、評議員会等により共有に努めている。 ・法人本部の方針と、さかいエリア総合施設長の指示に基づき、主任相談員、副主任を中心に事業所の取り組みを具体化させる体制である。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・この項目に関する職員自己評価では肯定的な回答の割合は全体的に低かった。課題解決に向けた取組を具体化させる上で、職員間における共通理解の構築は重要である。職員への周知の内容や方法などに関する工夫の取組を期待する。 	

I-3 事業計画の策定

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。		評価
判断基準	a) 経営や実施するサービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。	b
	b) 経営や実施するサービスに関する、中・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定してなく、十分ではない。	
	c) 経営や実施するサービスに関する、中・長期の事業計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 43.5% b) 21.7% c) 13.0% 無回答) 21.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では第6次中期目標(2022~2024年度)を定め、ビジョン、重点項目、具体的な目標、具体的な活動例、数値目標、を掲げている。 ・同中期目標は状況に応じて法人の経営会議で見直されるとともに、その中で年度ごとの重点目標も明示している。昨年度からは新たにSDGsの視点も盛り込んでいる。 ・当事業所が所属する「さかいエリア」をはじめとする各エリアでは、法人の中期目標を踏まえたエリア中期目標を定めている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人で中期目標を定め、必要に応じた見直しも行っているにもかかわらず、この項目に関する職員自己評価では肯定的な回答の割合は全体的に低かった。職員の理解促進に課題がうかがえ、周知の内容や方法などに関する工夫の取組を期待する。 	

【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。		評価
判断基準	a) 単年度の計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。	b
	b) 単年度の計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。	
	c) 単年度の計画は、中・長期計画を反映しておらず、内容も十分ではない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 26.1% b) 30.4% c) 13.0% 無回答) 30.4% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では第6次中期目標(2022～2024年度)において年度ごとの「重点項目」を明示している。 ・各エリアでは、法人の中期目標およびエリア中期目標を踏まえて、年度ごとの「エリアとして活動」「活動指標・目標値」「責任者」を定めている(「エリア年度目標書式」という)。 ・事業所(「部門」という)では法人およびエリアの中期や単年度の目標を踏まえた「部門年度目標書式」を定め、そこに「部門としての活動」「活動指標・目標値」「活動目標(マイルストーン)」を明示している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の目標を踏まえ、エリア、事業所の各層における単年度計画(目標書式)を定めているが、この項目に関する職員自己評価は全体的に低かった。 ・着実に目標を達成させるためにも、年度ごとの取り組みに対する職員への理解促進は重要である。周知の内容や方法などに関する工夫の取り組みを期待する。 	

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。		評価
判断基準	a) 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
	b) 事業計画が職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直し、または、職員の理解が十分ではない。	
	c) 事業計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 17.4% b) 56.5% c) 17.4% 無回答) 8.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の中期目標、エリア中期目標を踏まえて単年度の事業計画(部門年度目標書式)を定めるしくみである。 ・事業所では主任相談員が原案を作成し、副主任に相談し、職員にも内容を確認して定めている。 ・部門年度目標書式は事業所内に掲示し、職員会議で職員に示している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の部門年度目標書式は、必然的に法人の定めた目標項目に沿った構成になっている。職員が自事業所のその年度の取り組みの体制や内容を全体的に理解するためには、部門年度目標書式を補う何らかのツールが必要となる(例:事業実施計画など)。 ・事業所では主任を中心に行事計画がなかったことからそれを充実させていきたい意向である。いずれにしても職員参加の機会を充実させ、着実な事業実施につながる計画策定の取り組みを期待する。 	

【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。		評価
判断基準	a) 事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。	c
	b) 事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。	
	c) 事業計画を利用者等に周知していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 13.0% b) 30.4% c) 34.8% 無回答) 21.7% であった。</p> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所において、事業計画を利用者や家族に意図的に周知する取り組みは、特段には行っていない。 ・特に、年度ごとの予定、主な行事、取り組み、新たな取り組み、充実させる予定の事項など、利用者の参加意欲が高まったり、事業所への理解が深まるような情報をわかりやすく提供することが重要である。その周知方法の工夫を含め、取り組みの強化を期待する。 	

I-4 サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

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 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。		評価
判断基準	a) 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
	b) サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われているが、十分に機能していない。	
	c) サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 26.1% b) 47.8% c) 8.7% 無回答) 17.4% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では年1回の利用者家族に満足度調査を行い、結果を各事業所に報告している。 ・事業所では今年度独自に利用者調査を実施した。デイケアとデイサービスの差別化を図るための情報収集を目的として、利用者・家族を対象に記入するか個別に職員が聞き取りを行ったものである。また、職員に対しても、メニューの改善を図る目的にアンケートを実施した。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業の見直しを図るために利用者や職員に個別のアンケートを実施しているが、結果を分析・検討する場が明確には位置づけられていない。 ・法人や事業所が行うアンケート、さらには今回初めての第三者評価の受審結果などを適切に分析し、PDCAサイクルに基づくサービスの質の向上のための取り組みの強化を期待する。 	

【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。		評価
判断基準	a) 評価結果を分析し、明確になった組織として取組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。	b
	b) 評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。	
	c) 評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 26.1% b) 43.5% c) 17.4% 無回答) 13.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では年1回の利用者家族に満足度調査を行い、結果を各事業所に報告している。 ・事業所の独自のアンケート(利用者、職員)の結果を生かして「自主練習」と称する独自のリハビリメニューを行っている。 ・今回の第三者評価の結果は報告内容を分析して改善につなげたい意向である。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人による利用者家族への満足度調査や事業所独自のアンケート調査の結果を踏まえた具体的な改善策づくりやその具体化の取り組みは十分ではない。 ・法人や事業所が行うアンケート、さらには今回の第三者評価の受審結果などの分析を行い、職員参加による課題の共有と改善計画づくり、改善計画に基づく取り組みの具体化と振り返りなど一連の組織的な取り組みの強化を期待する。 	

Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

Ⅱ-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。		評価
判断基準	a) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。	b
	b) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。	
	c) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 34.8% b) 47.8% c) 8.7% 無回答) 8.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者等の職務権限は法人の職務権限表で定めている。 ・当事業所の管理者は、同じ建物内の老人保健施設の施設長が兼務している。そのため、実質的には主任相談員が業務推進の中核であり、さかいエリアの総合施設長および管理者(兼務)の指示を仰ぎ、業務を進める体制である。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・役割分担に関する明示は「委員・係担当表」や「デイケア行事担当表」にとどまり、管理者と主任相談員のそれぞれの実質的な権限や役割分担に関して職員には明確に示していない。この項目に関する職員自己評価では管理者と主任相談員とを混同しているのではないかとと思われる記述が見られた。 ・また、職員自己評価では、肯定的な回答の割合は全体的に低かった。組織の実情に応じた責任体制や役割分担について、事業所内で共通の認識を構築することが信頼関係と職務遂行の基盤として重要である。さらなる取り組みを期待する。 	

【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。		評価
判断基準	a) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。	b
	b) 管理者は、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が、十分ではない。	
	c) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 43.5% b) 30.4% c) 8.7% 無回答) 17.4% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人主催の会議や研修会によって労務管理など遵守すべき法令等に関する理解を深める機会があり、さかいエリアにおいても研修計画に「コンプライアンス」をテーマにした研修を実施している。 ・事業実施の実質的な中核は主任相談員が担っており、法令遵守に関して疑問等が生じた場合には法人本部に確認しながら進めている。 ・法人内の同じ種別の事業所職員によるステップアップ委員会によって同業者同士の横のつながりがあり、いろんなこと報告書や監査での指摘事項なども含めて情報共有し、疑義事項があれば必要に応じて相互に確認し合っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者と主任相談員との権限と役割分担の明確化を前提として、法令遵守の取り組みを進める体制づくりが求められる。 ・事業所内の法令遵守の徹底に向けた職員への周知の機会や取り組みは明確ではない。職員自己評価では肯定的回答の割合は全体的に低かった。管理者や主任が自ら遵守すべき法令等に関する理解を深めるとともに、職員に対してその徹底を促す指導力の発揮と取り組みを期待する。 	

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 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。		評価
判断基準	a) 管理者は、実施するサービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。	b
	b) 管理者は、実施するサービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、実施するサービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 26.1% b) 52.2% c) 4.3% 無回答) 17.4% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・管理者は医師であり、個々の利用者の初回面接やケアカンファレンスに参加し、また、必要に応じて職員からの相談に応じている。</p> <p>■ 改善課題 ・管理者と主任相談員との権限と役割分担の明確化を前提として、サービスの質の向上に向けた指導力を発揮する体制づくりが求められる。 ・この項目に関する職員自己評価では肯定的な回答の割合は全体的に低かった。提供しているサービスの質に関する課題を明確にし、その改善に向けて、研修の充実など事業所全体の底上げを図る指導力の発揮と取り組みの強化を期待する。</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。		評価
判断基準	a) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。	b
	b) 管理者は、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が、十分ではない。	
	c) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組について指導力を発揮していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 26.1% b) 52.2% c) 4.3% 無回答) 17.4% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・人事、労務、財務に関する業務は法人本部が主に担っている。 ・法人が提唱する省エネや環境改善などの強化月間の取り組みにおいて、総合施設長や管理者が電気の消灯や物品の節約などを指示しているほか、水・光熱費の使用料の対前年比の節約を目標に掲げて推進している。 ・電子化した勤怠管理システムにより、職員の残業や休暇取得の状況はデータ化され、総合施設長や主任相談員が必要に応じて個々の職員への働きかけを行っている。</p> <p>■ 改善課題 ・人事、労務、財務関係は法人が主に行うしくみであるが、管理者と主任相談員との権限と役割分担の明確化を前提として、経営改善や業務の実効性の向上に向けた指導力を発揮する体制づくりが求められる。 ・この項目に関する職員自己評価では、肯定的な回答の割合は全体的に低かった。管理者や主任相談員が自ら経営改善や業務の実効性を高める取り組みを行うとともに、職員に対しても同様の取り組みを促す指導力を発揮することを期待する。</p>	

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

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。		評価
判断基準	a) 組織が目標とするサービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。	b
	b) 組織が目標とするサービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それにもとづいた取組が十分ではない。	
	c) 組織が目標とするサービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 26.1% b) 26.1% c) 34.8% 無回答) 13.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・次年度の職員体制に関する方針は法人本部が法定要件や加算要件を勘案して定め、それに沿って採用活動を行っている。具体的にはホームページでの情報発信、民間の就職サイトの活用、職員による紹介制度、学校訪問などである。 ・法人内で介護職員初任者研修と実務者研修を実施し、就労意向のある修了者を採用できるようにしている。そのため、採用活動としても実習や実務者研修は重要であるとし、実習生に法人の取り組みを理解してもらえるように、さまざまなプログラムを用意して参加させている ・年度途中で職員の欠員等が生じた場合は、総合施設長が職員体制の状況を勘案して事業所間での異動の必要性を判断している。なお、非正規職員はエリアで採否を決定できる。 ・当事業所では現在の職員体制は概ね充足しているが、離職があっても補充が難しいため、離職防止も含めた人材確保は重要な課題としている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人材の確保と定着に関する取り組みは法人本部とさかいエリアの総合施設長が担っているが、この項目に関する職員自己評価では、肯定的な回答の割合は非常に低かった。取り組みに関して職員の理解促進を図ることを期待する。 	

【15】Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。		評価
判断基準	a) 総合的な人事管理を実施している。	b
	b) 総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。	
	c) 総合的な人事管理を実施していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 17.4% b) 52.2% c) 21.7% 無回答) 8.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として「期待する職員像」は小冊子『互恵互助』に明示しているほか、人事考課制度の中で職責に応じて期待するものを明示している。 ・教育・研修制度において階層別、職種別、テーマ別の職員育成のしくみを整備し、人事考課制度によって職務に関する成果や貢献度を評価し、賞与や昇給、昇格等に反映するしくみである。人事考課制度は非正規職員(週30時間勤務以上)も対象で、基本的には正職員と同様に手順で評価している。人事考課の対象とならない非常勤職員は、毎年12月頃に次年度の就労意向の確認などを目的に面接を実施している。 ・職員自身のキャリアビジョンは、人事考課制度のなかで明確にするしくみとなっている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・総合的な人事管理は法人によるしくみとは言え、この項目に関する職員自己評価の肯定的回答の割合は全体的に低かった。職員の理解を促進するための取り組みなどを期待する。 	

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。		評価
判断基準	a) 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。	b
	b) 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。	
	c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 34.8% b) 43.5% c) 17.4% 無回答) 4.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の第6次中期目標の重点目標の一つに「職員の健康維持とワークライフバランスを確保した安心して長く働ける職場環境(文化)づくり」を掲げ、職員のメンタルヘルスを含めた健康管理を重要な課題と位置づけている。そのため職員が法人の健康対策室に直接に相談できるしきみを整備したり人事考課による個人面談によって個々の職員の状況把握に努めている。 ・さかいエリアでは衛生委員会が主導し、ストレスチェックや健康診断の結果を踏まえて産業医に相談しながら2次受診率の向上に取り組んでいる。 ・事業所では主任相談員、副主任、さらには併設の老人保健施設のリハビリテーション主任も加わった体制で労務管理を担い、電子化した勤怠管理システムでの労働時間や休暇の取得状況を把握や人事考課制度による面接で職員の意向や状況把握に努めている。 ・事業所では残業はほぼなく、休暇も希望に応じて取得できる状況となっている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・働きやすい職場づくりの取り組みは、法人のしきみのもとで、エリアの衛生委員会、事業所の主任を中心とする体制で取り組んでいる。しかし、職員自己評価では「有休休暇を取得しやすい」などの意見が複数ある一方で「業務等の都合で有給休暇が取得しにくい」「休まない職員に対する配慮が足りない」といった意見もあった。 ・また、この項目に関する肯定的な回答の割合は全体的に非常に低く、職員の意向のより丁寧な把握と改善に向けた取り組みの強化を期待する。 	

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。		評価
判断基準	a) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。	b
	b) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われているが、十分ではない。	
	c) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 43.5% b) 43.5% c) 8.7% 無回答) 4.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人としての「期待する職員像」を小冊子『互恵互助』に明示し、人事考課制度の中で職員一人ひとりの目標管理のしきみを整備している。 ・法人の人事考課制度によって、年度当初にキャリアビジョン(目指したい職業人としての自己イメージ)を明記して「目標管理シート」に年度中の「業務上の重点目標」と「キャリアアップ・スキルアップのための目標」を設定する。それらに沿って進捗の振り返りと達成度を中間(10月)と期末(3月)に評価している。 ・個人目標の設定においては、上席職員との面接によって年度ごとの法人目標、エリア目標、部門(事業所)目標を踏まえて設定するものとし、組織としての目標と一人ひとりの職員の目標を連動させるしきみである。 ・非常勤職員も一定以上の勤務時間数の職員は同様のプロセスで目標管理を行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人によるしきみによって目標管理を行っているが、この項目に関する職員自己評価では肯定的な回答の割合は低く、特に「期待する職員像の明確化と目標管理のしきみの構築」「目標の適切な設定」に関しては20%台であった。その要因分析を含め、より適切な取り組みを期待する。 	

【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。		評価
判断基準	a) 組織として職員の教育・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
	b) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。	
	c) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 43.5% b) 34.8% c) 13.0% 無回答) 8.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人主催研修の年間計画では、4月採用の新規採用者研修、同フォローアップ研修のほか、年間を通じて中途採用者研修(2023年度は10回)や同フォローアップ研修(年8回)、特定技能外国人対象の研修会などを位置づけ、実施している。eラーニング研修も積極的に計画している。 ・さかいエリアの研修は、身体拘束適正化などの必須の研修を中心に、年間を通じて毎月の研修テーマを定めて実施している。 ・今年度は、法人の方針として前年度(3月)の研究発表会の抄録から各事業所でテーマを定め、グループワーク(意見交換)を行っている。これは「エリアグループ学習」と称して法人の研修計画に位置づけられている。 ・当事業所はエリアグループ学習を事業所内研修計画に位置づけ、職員会議のなかで30分ほど実施している(8月～翌3月まで)。各月のテーマは主任が選定している。また、事業所内研修計画では、エリアグループ学習以外の研修機会も設け、主任相談員が中心となって法人が独自に定める「介護基準書」をテーマに取り上げ、学習している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の方針と計画に基づき、法人、エリア、事業所の各層において体系的に研修計画を定めて取り組んでいる。しかし、この項目に関する職員自己評価では、肯定的な回答の割合は全体的に低かった。職員の意向の把握や、当事業所における研修課題を事業所内研修に反映させる取り組みの充実なども含め、さらなる改善を期待する。 	

【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。		評価
判断基準	a) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。	b
	b) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分でない。	
	c) 職員一人ひとりについて、研修機会が確保されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 26.1% b) 56.5% c) 13.0% 無回答) 4.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人主催の研修は、中途採用を含めた新規採用者に対する研修から役職者に至る体系的な研修を整備し、対象となる職員を参加させている。また、エリア研修や事業所内研修によって研修の機会の充実に努めている。また、エルダー制度によって個別指導する体制としている。 ・当事業所では、正職員の新規採用者が配置されることは少なく、非常勤職員が採用された場合には、先輩職員がついて個別に教育し、必要な業務を習得させている。 ・外部研修については、コロナ禍となる以前は研修情報をメールで職員に案内し、基本的に希望制で参加させていたが、現在までのところ参加させていない。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新しい職員に対する指導内容が標準化されていないため、指導する職員任せのもとに新任職員への指導が行われている側面がある。 ・この項目に関する職員自己評価では肯定的な回答の割合は全体的に低かった。職員の意向を丁寧に把握し、一人ひとりの教育・研修機会の充実に向けた取り組みを期待する。 	

Ⅱ-2-(4) 実習生等の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。		評価
判断基準	a) 実習生等の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、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。	b
	b) 実習生等の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てはいるが、効果的な育成プログラムが用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。	
	c) 実習生等の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ておらず、教育・研修が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 39.1% b) 47.8% c) 8.7% 無回答) 4.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実習生の受け入れに関しては、法人として施設実習の受け入れ手順、オリエンテーションの実施手順を定めている。 ・当事業所では、エリアとして受け入れた社会福祉士の実習生のプログラムの一部として一日協力をしたり、高校生の介護福祉士の実習の一部を受け入れた実績がある。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実習生の受け入れは、将来の専門職を養成する意味で重要である。エリア内の他の事業所と連携しながら、実習生受け入れの取り組みの位置づけや当事業所の特徴・役割を明確にすることなどにより、積極的な受け入れ体制の整備を推進することを期待する。 	

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

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。		評価
判断基準	a) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。	b
	b) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表しているが、方法や内容が十分ではない。	
	c) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 39.1% b) 34.8% c) 13.0% 無回答) 13.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホームページは法人が管理し、各事業所の紹介、地域貢献活動、採用情報、事業報告、財務諸表などを公表している。各事業所の取り組みはホームページ上の「活動報告」欄に掲載する。 ・法人は広報誌『お互いさま』(季刊)を発行し、市内の公民館、社会福祉協議会、地域の民生委員などに配布している(約900部)。当事業所では居宅介護支援事業所に配布している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人によるホームページや印刷物による情報公開の取り組みはあるが、事業所としての情報公開はほとんど行われていない。 ・当事業所における情報公開の方針等を明確化することを期待する。 	

【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。		評価
判断基準	a) 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
	b) 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が、十分ではない。	
	c) 公正かつ透明性の高い適正な運営・経営のための取組が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 30.4% b) 34.8% c) 13.0% 無回答) 21.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人内のさまざまな手続きの多くは、ISOの要件に基づいた諸規定によって実施している。 ・法人の内部監査の取り組みとして、資格認定された職員による内部監査員の体制を年後ごとに編成し、エリア単位で年2回、計画的に監査を実施している。実施後は監査結果を踏まえて改善計画を策定し、フォローアップ監査を実施するとともに、各事業所では改善計画に基づいて取り組むしくみである。 ・法人では弁護士、社会保険労務士と顧問契約を結び、必要に応じて専門的な助言指導を受けている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の定めたルールに基づいて取り組むしくみであり、また、事務、経理などの具体的な手続きに事業所の職員が関与する機会は少ない。とは言え、職員自己評価では肯定的な回答の割合は低く、取り組みやしきみ自体への理解が十分ではないと考えられる。 	

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

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。		評価
判断基準	a) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。	b
	b) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 43.5% b) 39.1% c) 8.7% 無回答) 8.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・さかいエリアの建物内の掲示板に、地域のイベント情報を掲示している。 ・さかいエリアでは、高校生が花壇づくりを行うなどの交流活動がある。 ・現在は休止しているが、コロナ禍となる以前は、地域の老人クラブに建物内のホールを貸し出していた。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所として利用者と地域との交流を広げる取り組みは、特段には行っていない。さかいエリアの事業所の一つとして、利用者と地域との交流促進に関する方針を明確化するとともに、利用者に対する積極的な情報提供の工夫も含め、さらなる取り組みの強化を期待する。 	

【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。		評価
判断基準	a) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。	b
	b) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。	
	c) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 26.1% b) 34.8% c) 17.4% 無回答) 21.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ボランティアの受け入れ手順は、ISOの文書で定めている。 ・コロナ禍となる以前には、生け花、絵画などの活動においてボランティアを受け入れていたが。現在のところ、それらの取り組みを再開する予定は立っていない。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在、ボランティア受け入れ再開の目途は立っていない。今後の法人および「なんぶエリア」の方針に則りながら、事業所としてのボランティア受け入れに関する方針の明確化と活動の強化を図ることを期待する。 	

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。		評価
判断基準	a) 利用者によりよいサービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。	b
	b) 利用者によりよいサービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。	
	c) 利用者によりよいサービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 34.8% b) 43.5% c) 13.0% 無回答) 8.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者に関する担当者会議への参加を通じて、外部については病院、地域包括支援センター、介護支援事業所と、また法人の内部では、系列病院、同建物内の老人保健施設、特別養護老人ホーム、デイサービスセンター、介護支援事業所(併用している利用者あり)、福祉用具とのかわりがある。 ・上記の連携の状況は、必要に応じて職員会議などで周知し、共有している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・主に同じエリア内の事業所を中心とした連携体制で、必要に応じて容易に連携や連絡を取り合うことが可能となっている。 ・しかし、この項目に関する職員自己評価では、肯定的な回答の割合は非常に低かった。職員間での情報共有はもとより、利用者支援に必要な関係機関とのネットワークをより広げていく必要がある。 	

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。		評価
判断基準	a) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を積極的に行っている。	b
	b) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 30.4% b) 47.8% c) 4.3% 無回答) 17.4% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では第6次中期目標の一つに「地域貢献活動の安定運営」を掲げ、エリアごとの活動強化に取り組んでいる。 ・さかいエリアでは、法人が進めている「ふれあいの橋の会」と称する地域住民との交流の機会を設け、メンバーである自治会長、老人クラブ関係者など5名がエリア内の各事業所を年1回訪問し、意見交換を行っている。 ・さかいエリアでは、復活しつつある地域のイベント(夕涼み会など)を通じて地域の自治会との交流し、地域の声を聞いている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・さかいエリアによる取り組みとして、地域の生活課題等の把握に努めている。当事業所にあっては、エリアによる地域貢献活動に参加するなかで役割発揮が求められる。さらなる取り組みの強化を期待する。 	

【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。		評価
判断基準	a) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動を積極的に行っている。	b
	b) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。	
	c) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 17.4% b) 52.2% c) 8.7% 無回答) 21.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・さかいエリアでの「ふれあいの橋の会」の取り組みのほか、事業所ではエリア内の事業所と協力し、コロナ禍で休止していた中学や高等学校の出前講座への参加や地域のイベント(夕涼み会など)を通じた地域住民の交流の機会を再開しつつある、 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・エリアによる地域貢献活動に参加する中での役割発揮が求められる。今後の活動再開と取り組みのさらなる充実強化を期待する。 	

Ⅲ 適切なサービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位のサービス

Ⅲ-1-1 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

【28】Ⅲ-1-1-1-① 利用者を尊重した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。		評価
判断基準	a) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解をもつための取組が行われている。	b
	b) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解をもつための取組は行っていない。	
	c) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 56.5% b) 30.4% c) 0.0% 無回答) 13.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員は、法人が作成した行動指針となる小冊子『互恵互助』を携行している。この冊子の内容は、法人の理念、方針、福祉サービスに従事する職員の姿勢や行動について示すものである。特に大切にしたい価値観として「個の尊厳」を取り上げている。事業所では、朝礼をはじめ、日々のミーティング時に唱和している。 ・利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する研修として、法人主催の研修、さかいエリア主催の研修などがあり、法令遵守、虐待防止や身体拘束に関する研修を取り上げている。また、新人研修や中途採用者研修時にも取り上げるとともに、ネットワーク上の回覧を可能としている。 ・法人として、福祉サービスの標準的な実施に関する「介護基準」を作成し、その基準には介護を提供する際の心がけ、支援する内容、支援の実施時の留意点などが記載されている。今年度は事業所内部研修でも取り上げ、支援の充実を期している。この「介護基準」は、クラウド型グループウェア「サイボウズOffice」内でいつでも見ることができるよう環境を整えている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では、肯定率は高くない。要因分析をして確実性を期した取り組みを期待する。 	

【29】Ⅲ-1-1-1-② 利用者のプライバシー保護に配慮したサービス提供が行われている。		評価
判断基準	a) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーに配慮したサービス提供が行われている。	b
	b) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーに配慮したサービスの提供が十分ではない。	
	c) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 65.2% b) 21.7% c) 4.3% 無回答) 8.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員は、入職時に「個人情報保護基本方針」について説明を受けている。また「職員職務規定」において、離職後も守秘義務が課される旨の誓約書を交わしている。 ・利用者に対しては、利用開始時の「重要事項説明書」を用いた説明のなかで個人情報保護基本方針に基づく「個人情報の利用目的について」を伝え、その内容を理解してもらった上で同意を得ている。 ・利用者が休養時に利用するベットは、活動室の一角にあり、仕切りやカーテンを設置し、プライバシーが守れるように配慮している。本人の意向から同性介護の希望を把握して対応している。 ・入浴は男女交代で利用している。利用開始時に、同姓介助の希望を確認する。トイレは個室である。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では、着眼点「利用者のプライバシーを守れるよう設備等の工夫を行っている」の肯定率は3割を切る。環境上の課題を意識した検討はしているが、さらなる取り組みを期待する。 ・法人として作成されている規定など文書化されている内容は、「個人情報保護」に留まる。プライバシーの視点から検討を期待する。 	

Ⅲ-1-(2) 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サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。		評価
判断基準	a) 利用希望者がサービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。	b
	b) 利用希望者がサービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。	
	c) 利用希望者がサービスを選択するために必要な情報を提供していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 56.5% b) 39.1% c) 0.0% 無回答) 4.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用希望者に向けて当事業所の情報を伝える媒体には、法人のホームページのほか、リーフレット『通所リハビリテーション さかい幸朋苑』がある。活動内容、設備、昼食などが写真入りで紹介され、わかりやすい。このリーフレットは玄関に置いている。 ・当事業所への利用希望者からの問い合わせは、病院や居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、同じ建物の一角にある老人保健施設等からのものが多い。 ・当事業所の支援内容は、1日利用と半日利用(短時間利用)があり、利用見学者に対しては、主任相談員が対応し、パンフレットや「ご利用案内(一日利用、短時間利用)」などの資料を用いて、当事業所のサービス内容、利用料金、大まかな一日の支援の流れ、持参品などについてわかりやすく説明し、また、1日・半日の無料体験利用についても勧めている。 ・体験利用時は、握力、立ち上がり、歩行状態についてアセスメントをしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・部門別目標として、地域包括支援センターや居宅介護事業所へのタイムリーな情報発信を取り上げている。そして、職員自己評価では、着眼点「事業の紹介内容は誰にとってもわかりやすいものか」、「多くの人が入手できる場所に利用案内などを置いているか」において、肯定的な回答率が低い。情報内容と情報提供について検討を期待する。 ・今後の改善の取り組みとして、例えばリーフレットの作成時や見直し時には職員の意見を聞くなどして職員を巻き込んだ見直しを行うこと、また情報提供先についても職員に周知することなどを期待する。 	

【31】Ⅲ-1-(2)-② 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。		評価
判断基準	a) サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。	b
	b) サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。	
	c) サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 47.8% b) 39.1% c) 0.0% 無回答) 13.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者は、事業所の見学を経て利用開始となる。 ・契約に際し、主任相談員とリハビリテーションのスタッフが家庭訪問行って「重要事項説明書」および「利用案内」を用いて説明を行い、特に料金体系のこと、苦情等の受付と解決の体制などの説明では、丁寧さを心がけている。この時に、リハビリスタッフは通所利用開始時アセスメントをして、当事業(通所リハビリテーション)利用の適切性を判断する。 ・アセスメントにより、当事業所の利用が適切であると判断した場合は、リハビリテーション計画を策定し、利用開始当日から、職員が共有して対応できるように取り組んでいる。また、事前に介護支援専門員に依頼し、基本情報シート(フェイスシート)とケアプランを受け取っている。 ・契約時には、利用者担当の介護支援専門員が同席してカンファレンスを実施、利用者の希望などを確認し、またリハビリ計画などについても説明し、同意と署名を得ている。 ・「重要事項説明書」の記載内容は、事業所が提供するサービス内容や職員の配置などにとどまらず、事故や災害などのリスクマネジメント分野の取り組み、虐待防止や身体拘束に関すること、苦情の受付と解決のしくみ、個人情報保護基本方針、法人のサービス提供上の基本的な考え方、利用者に対するルールを明示した「利用者の皆様へのお約束とお願い」の記載なども含むものである。そのなかでは、利用者の権利擁護とその推進の取り組みについても取り上げられている。 ・利用者への説明、契約時は必ず家族または保証人の同席を得ている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では、着眼点「どのような資料を活用して説明しているか」、「意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され適正な説明、運用が図られている」の肯定率が低い。現状の取り組み、工夫などの周知と、さらなる取り組みを期待する。 	

【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サービスの継続性に配慮した対応を行っている。		評価
判断基準	a) サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮している。	b
	b) サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。	
	c) サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 30.4% b) 43.5% c) 8.7% 無回答) 17.4% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・当事業所の利用終了の主な理由は、老人保健施設への入所、他の通所リハビリの移行、病院への入院などである。なお、敷地内にある法人内の事業所へ移行する場合には、当事業所におけるリハビリ計画や日々の支援内容は、さかいエリアグループ内で活動するリハビリテーション専門職による会議「リハビリ会議」で情報提供、報告している。 ・事業所の変更にあたっては、利用者担当の介護支援専門員が中心となって対応しているので、当事業所としては文書などによる報告などは特に実施していないが、依頼があれば応じるとしている。</p> <p>■ 改善課題 ・職員の自己評価では、肯定的な回答の割合が低い。事業所の変更などに関し、取り組みが必要か否か、検討を期待する。</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。		評価
判断基準	a) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。	b
	b) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。	
	c) 利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 30.4% b) 43.5% c) 13.0% 無回答) 13.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人本部では、年1回、利用者を対象とする「顧客満足アンケート」を実施し、エリアごとに集計して結果を事業所に送付している。 ・当事業所独自の利用者満足度を把握するための取り組みとして、今年度は「自主練習」に関する利用者アンケート調査を実施し、集計している。結果の集計にとどまらず、結果に基づく改善にも取り組む予定がある。 ・今回の第三者評価における利用者アンケート調査の回収率は73.8%であった。この利用者アンケート調査の結果で、利用者の事業所に対する総合的な満足度は「大変満足」25.0%、「満足」55.2%と合わせて8割と高率であった。自由意見・要望についても肯定的な感想などが多く寄せられている。 ・家族会は、エリアとして家族が主体的に運営し、管理者が参加している。</p> <p>■ 改善課題 ・事業所独自の「利用者アンケート」に取り組んだので、活用と今後の取り組みについて明確化する事、また、利用者・家族への報告についても検討を期待する。 ・法人として実施している「利用者アンケート」の結果の活用についても事業所として検討し、明確化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。		評価
判断基準	a) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。	C
	b) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。	
	c) 苦情解決の仕組みが確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 47.8% b) 34.8% c) 8.7% 無回答) 8.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決の体制は「重要事項説明書」に記載している。当事業所の苦情受付窓口、法人の利用者相談・苦情担当者、行政機関のほか、第三者委員4名(地域住民3名、法人常勤監事1名)を明示して、事業所内での掲示も行っている。 ・苦情解決の体制および法人としての考え方・方針を、額に入れて事業所内に掲示し、目に触れやすくしている。その内容は「利用者の皆様へお約束とお願い」と題し、利用者を尊重し、個々に応じた適切なケアを提供することを約束する一方、この「お願い」では「職員は財産であり、サービス提供においては全ての職員が誠心誠意対応するが、それを超えた要求については対応しかねることがある」と記載している。 ・事務所に「ご意見箱」を設置し、これで受け付けた利用者等からの意見・苦情は、個人情報に留意した上で掲示・公表を行う方針である。 ・苦情や意見への対応は「苦情対応マニュアル」に則って行っている。苦情や意見が寄せられたら、即座に事業所内で管理者に伝えるとともに、さかいエリア総合施設長も交えて検討し、法人の責任者に報告している。なお、法人として苦情解決第三者委員会を年1回開催している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今回の第三者評価における「利用者アンケート調査」では、設問項目「行政など外部の苦情窓口や第三者委員にも相談できることを伝えられているか」、における「はい」の肯定的回答率は47.9%であった。さらなる周知の取り組みに向けて、検討することを期待する。 ・今日では、事業所の運営主体である社会福祉法人に対しては、苦情を申し出た利用者等にその後の対応の経過や改善結果を説明すること、および申し出た利用者等に不利益にならないように配慮した上で苦情の内容を公表することが求められている。今後は、そのための体制づくりに向けた検討にも期待する。 ・本評価項目についてガイドラインでは、苦情解決状況の公表を行っていない場合は「c」と評価するとしているため、そのように判断した。 	

【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。		評価
判断基準	a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。	b
	b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。	
	c) 利用者が相談したり意見を述べたい時に、方法や相手を選択できない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 34.8% b) 43.5% c) 17.4% 無回答) 4.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者等からの相談や意見などについては、送迎時に直接意見を聞いたり、連絡帳への記載し、またサービス担当者会議で相談などを受けている。相談や意見などを受け付けた職員は、主任相談員に報告し、また内容によって夕礼時に報告するなどして職員間で共有している。 ・「重要事項説明書」には、苦情受付箱(ご意見箱)を正面玄関に設置し、「ご意見・ご要望・お褒め・お叱りなど、何でもご自由にご投函・ご活用ください」と記載している。 ・利用者毎に担当職員を決め、利用者に伝え相談や意見を言いやすいようにしている。また専用の「相談室」を設置し、利用者や家族等と対面して相談を受ける環境がある。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価の結果では、相談や意見を述べやすくなるための説明、掲示、また相談や意見を述べやすいスペースの確保などの環境への配慮について、肯定率が低い。現状の取り組みの評価と改善への取り組みを期待する。 	

【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。		評価
判断基準	a) 利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。	b
	b) 利用者からの相談や意見を把握しているが、対応が十分ではない。	
	c) 利用者からの相談や意見の把握をしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 56.5% b) 26.1% c) 13.0% 無回答) 4.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者等からの相談や意見は「個別計画作成時」や日頃の「声かけ」「連絡帳」などで把握し、また夕礼を活用して職員間で共有している。管理者は、即座に対応が必要か、あるいは対応の必要性などについて検討している。 ・「重要事項説明書」には「苦情解決は申し出を受けて1日以内にその対応に着手することを原則とする」と記載されている。 ・今回の第三者評価における「利用者アンケート調査」では「利用者等の不満・要望への対応」については、74.0%が「はい」と回答している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・この評価項目(細目)では、苦情について迅速に対応することはもとより、家族からの相談・要望・提案等に対しても、可能な限り、迅速に対応する体制を整備することを求めている。そのため、相談・意見に関する「受付から対応までのプロセス」はマニュアル化し、職員に十分周知しておくことが求められる。 ・職員自己評価の結果では、着眼点「相談や意見を受け付けた際の記録・報告・対応策の検討についてのマニュアルの整備と見直し」「意見に基づいてサービスの質の向上に関して行う取り組み」等について、肯定率が低い。より具体的な対応策を行うよう期待する。 	

Ⅲ-1-(5) 安心・安全な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。		評価
判断基準	a) リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。	b
	b) リスクマネジメント体制を構築しているが、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集や要因分析と対応策の検討・実施が十分ではない。	
	c) リスクマネジメント体制が構築されておらず、利用者の安心と安全を脅かす事例を組織として収集していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 47.8% b) 43.5% c) 0.0% 無回答) 8.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・エリアごとに事業所の管理者が参加する「リスクマネジメント委員会」を立ち上げ、この委員会を月1回開催している。委員会では、各事業所で発生した事故の状況とその傾向について報告を受け、各事業所の職員に周知している。また「さかいエリア」における研修テーマでは、事故を取り上げた研修会を実施している。 ・事故発生時には、その際に現場にいた職員で即座に検討し、対応するようにしている。このとき、介護職のみの検討にとどまらず、必要に応じてリハビリテーション専門職にも相談し、対応している。 ・事故およびヒヤリ・ハットの事例については、発見者が「いろんなこと報告書・事故報告書」に記載し、この報告書を職員に配布することによって、発生状況や再発防止策などについて検討し、共有している。当事業所では、1カ月をめぐりに、対策の適切性について再確認を行っている。 ・日誌にリスク等の事例を記載する欄があり、いつでも記入ができ、職員間で共有している。 ・リスクマネジメント分野に関する研修については、法人の共通研修として取り組んでいる。また、内部研修を実施し、他部署のリスク事例を共有して気づきの機会としている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では、着眼点項目「事故防止対策等の安全確保の実施状況や有効性についての定期的な評価・見直し」「利用者の安心・安全を脅かす事例収集の積極的な取り組み」で肯定的な回答率が低い。現状分析と取り組みの充実を期待する。 ・また「いろんなこと報告書」への記載に際して、要因分析に関する「トリガーリスト」を作成し、システム要因、ヒューマン・ファクター、環境要因を抽出してトリガーから要因を選択し、対策を立てる方法を提示しているが、現状では活用されていない。改めて、トリガーリストなどの活用に向けた具体的な取り組みを行うことが求められる。 	

【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。		評価
判断基準	a) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。	a
	b) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備しているが、取組が十分ではない。	
	c) 感染症の予防策が講じられていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 69.6% b) 26.1% c) 0.0% 無回答) 4.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症の予防対策については、法人として作成している「ISO」に準じた「感染症予防対応マニュアル」において職員の責任・役割の範囲を明示している。このマニュアルは、事務所に置いて活用できるようにしている。 ・感染症予防対策に関する研修会を「法人研修」として実施している。また「さかいエリア研修」では、感染症に関する研修を2回計画している。 ・新型コロナウイルス感染症への対策としては、法人からの最新情報の提供と対応についての提示があった場合には職員にそれらを配布し、看護師を中心に具体的な対策の取り組みを行っている。また、エリア内の情報共有のほか、クラスター班を設置して予防対策に取り組んでいる。 ・吐物処理研修や手洗いチェック等の研修も、看護師が中心となり、実施している。 ・なお、職員自己評価では「定期的に感染症予防や安全管理の勉強会を開催、感染症の適切な予防対策、マニュアルなどの定期的な見直しをしているか」の肯定率が低い。全職員が参加し、取り組みを充実させることを期待する。 	

【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。		評価
判断基準	a) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	b
	b) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 39.1% b) 47.8% c) 4.3% 無回答) 8.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・災害時の対応は「災害時対応マニュアル」に明示している。緊急連絡網を作成し、年2回、職員参加のもとに火災訓練を実施するとともに、避難訓練も実施している。避難場所は、水害を想定した場合には、建屋内の2階にある老人保健施設の「デイルーム」への垂直避難を行うとしている。 ・原則として、通所介護の利用者については、避難後には可能な限り、自宅へ送ることとしている。 ・食料や備蓄品類などについては、エリアとして整備を行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・災害発生時における対策に関して、職員自己評価の肯定率が低い。特に、着眼点「利用者・職員の安否の確認方法が定められ、すべての職員に対する周知」の肯定率は21.7%であった。また「食材の備蓄」は8.7%である。 ・法人内の他事業所との兼務職員が多い現状に対応し、利用者の安全確保のため、確実な取り組みを行うことを期待する。エリアとして対応している内容も含めて、具体的な取り組みを職員に周知すること、また職員参加などを通して確実な理解を図る必要がある。 ・災害分野におけるBCPの作成も今後の課題であり、作成のための取り組みと職員への確実な周知を行うよう期待する。 	

Ⅲ-2 サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 提供する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 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。		評価
判断基準	a) 提供するサービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それにもとづいたサービスが実施されている。	b
	b) 提供するサービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それにもとづいたサービスの実施が十分ではない。	
	c) 提供するサービスについて、標準的な実施方法が文書化されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 52.2% b) 30.4% c) 8.7% 無回答) 8.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス分野における標準的な実施方法については、法人が作成している「文書管理台帳」の項目に、「介護基準」のほか、通所サービス分野を対象にした手順書がある。主な項目は、直接的な支援内容・項目、利用開始時の対応手順、送迎時の対応手順、通所サービス計画作成手順、通所サービス(通所リハ)に関する記録分野、リスクマネジメント分野等の手順がある。これらは、事務室に置かれている。手順書の活用は、新人職員や中途採用職員を対象に行われる具体的な支援や、リスク対策をテーマとする講義のなかで活用することが掲げられている。 ・法人が作成する介護基準には「その人を中心とした尊厳を奪わない介護基準」が掲げられている。また、サービス提供時の留意点として、利用者の尊重、プライバシーの保護、権利擁護にかかわる姿勢などが介護基準に記載されている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・文書化されている手順書は、法人および法人内の通所サービス事業所を対象として作成されたものであるが、これらを当事業所としてどのように活用しているのか、また追加しているのかなど、手順書の活用状況は不明確である。また、事業所の特徴を踏まえ、独自に追加する内容などについても検討が必要ではないかと思われる。 ・職員自己評価では、「標準的な実施方法の職員への周知徹底するための方策」、「標準的な実施方法に基づいて実施されているかどうかを確認する仕組み」について、肯定率が低い。事業所として、計画性と確実性を持って取り組むことを期待する。 	

【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。		評価
判断基準	a) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、仕組みのもとに検証・見直しを行っている。	b
	b) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。	
	c) 標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 43.5% b) 26.1% c) 13.0% 無回答) 17.4% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・作成されている手順書については、その検証と見直しのために、項目ごとに「版」と「発行日」を記載している。当事業所では、本部から変更点の連絡があったときには、関係項目を管理者が選択して職員に伝え、見直したり、新規に作成した文書・手順書の内容が周知されている。 <p>■ 改善提案</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者ごとの個別の支援内容に関しては、カンファレンスやステップアップ会議などで検討し、よりよい方向に進められるように取り組む機会はある。この取り組みを生かしながら、これまでの標準的な支援内容や取り組みについて見直すしくみづくりについても検討することを期待する。 	

Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより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サービス実施計画を適切に策定している。		評価
判断基準	a) 利用者一人ひとりのサービス実施計画を策定するための体制が確立しており、取組を行っている。	b
	b) 利用者一人ひとりのサービス実施計画を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。	
	c) 利用者一人ひとりのサービス実施計画を策定するための体制が確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 65.2% b) 13.0% c) 4.3% 無回答) 17.4% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントは、介護支援専門員からの情報や利用者の見学時の面接で把握した情報などに基づいて行われている。法人内の他事業所からサービス計画が提供されている。契約時の家庭訪問でも、当事業所独自のアセスメントシートである「通リハ判定及びアセスメント記録」を活用し、利用者本人と家族から情報収集し、把握した内容を記載している。 ・通所リハビリテーション計画については、リハビリテーション専門職、介護職員、相談員など3分野からの担当職員を指名し、アセスメント項目を分担した上で、事前に把握した情報から計画を作成している。作成された計画の内容は、主任相談員が確認する。そのように作成された通所リハビリテーション計画は、利用初日に本人・家族の同席のもとに説明し、配布している。 ・利用初日には、当事業所の管理者である医師が診察を行い(看護師が同席)、健康状態や支援時の留意点を把握している。 ・初回の通所リハビリテーション計画は、2週間で見直している。 ・アセスメントの結果や通所リハビリテーション計画などの記録物の管理は、パソコン上のソフトウェアで共有している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通所リハビリテーション計画の作成手順は、文書管理台帳の項目として取り上げ、標準化・マニュアル化されている。その発行日は、2023年7月1日になっている。また、必要な記録物も認められる。 ・一方、職員自己評価では、着眼点「アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントを実施している」「関係職員による合議、利用者の意向の把握と同意を含む手順」「サービス実施計画の際にサービスが行われているか確認する仕組みが構築され、機能しているか」の肯定率が3割台である。その要因について分析を行い、確実に実施できるように対策を検討するよう期待する。 	

【43】Ⅲ-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。		評価
判断基準	a) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。	a
	b) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。	
	c) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 60.9% b) 26.1% c) 4.3% 無回答) 8.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通所リハビリテーション計画の実施状況については、3か月ごとにリハビリテーション担当者による「リハビリ会議」を実施している。なお、会議の実施に際して、言語聴覚士によるアセスメントが必要な場合は、法人内の他事業所の言語聴覚士を活用することができる。現在のところ、20名程度の利用者が、この会議に参加している。 ・リハビリテーション計画の作成担当者が「通所リハビリ・モニタリング」のシートを活用して記録を行っている。計画については6か月ごとにモニタリング会議を実施して見直し、全職員間で情報共有している。 	

Ⅲ-2-(3) 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。		評価
判断基準	a) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。	b
	b) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されているが、職員間での共有化が十分ではない。	
	c) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 47.8% b) 39.1% c) 4.3% 無回答) 8.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・通所会議業務日誌やケア記録支援ソフトに記録し、共有できるようにしている。 ・情報の共有は、パソコンベースではクラウド型情報共有グループウェア「サイボウズOffice」で行っている。なお、特別に情報共有すべき事項がある場合には、他のSNS(グループLINE)の機能を活用する場合もある。</p> <p>■ 改善課題 ・職員自己評価の結果から、記録内容などにおいて職員間に差異があること、情報の共有が不十分であること、などが課題であると判断できる。要因分析と取り組みを期待する。</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。		評価
判断基準	a) 利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。	b
	b) 利用者に関する記録の管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。	
	c) 利用者に関する記録の管理について規程が定められていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 52.2% b) 39.1% c) 4.3% 無回答) 4.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人として「個人情報管理規程」および「個人情報Q&A ほうえん」を定め、職員の入職時に内容を説明している。 ・利用者に対しては、利用開始時に「重要事項説明書」を用いて法人が定める「個人情報保護基本方針」に従ってサービスを実施することについて説明している。</p> <p>■ 改善課題 ・職員自己評価では「個人情報保護の観点から職員に対して教育や研修が行われている」「記録管理の責任者が設置されている」に関して肯定率が低い。さらなる検討を期待する。</p>	

●内容評価基準

A-1 生活支援の基本と権利擁護

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工夫している。		評価
判断基準	a) 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。	b
	b) 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が、十分ではない。	
	c) 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ない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 39.1% b) 52.2% c) 4.3% 無回答) 4.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・当事業所では、通所リハビリテーションを午前と午後の短時間(2時間)で行うプログラムと、昼食や入浴サービスまで組み込まれた長時間リハビリテーションを実施し、利用者の希望と事業所のアセスメントの結果で、どちらのサービスを利用するか決定している。 ・現在、短時間リハビリテーションを利用している1日の利用者数は午前・午後で各10名であり、長時間リハビリテーションには日々38名が通所している。なお、全登録者数は、現在121名である。 ・短時間リハビリテーションのメニューは、セラピストによる個別訓練を20分行い、その後は利用者それぞれに立案されている自主訓練メニューで取り組んでいる。また、長時間リハビリテーションは、入浴サービスを受けたい場合に利用されているほか、長時間を過ごせる場所としても利用されている。 ・今回実施したアンケートによる利用者調査で「事業所での活動や訓練は在宅生活に役立っているか」を尋ねたところ、回答者の8割強が「はい」と肯定的に回答している。</p> <p>■ 改善課題 ・本評価項目の職員自己評価には着眼点が6項目あり、それらに対する結果を見ると、6項目のうち4項目において肯定率が2～3割にとどまっている。特に「利用者が日常生活で役割が持てるようになる工夫」「利用者一人ひとりに応じた暮らしになっているかの検討と改善の取り組み」についての肯定率は2割台である。 ・利用者の在宅における生活状況の把握をさらに強化することで、より個別性のあるリハビリテーションの提供が可能になると考える。今後の取り組みの強化を期待する。</p>		

【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。		評価
判断基準	a) 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。	b
	b) 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が、十分ではない。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 52.2% b) 34.8% c) 8.7% 無回答) 4.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・支援の際には、利用者とのコミュニケーションを適宜図るようにしている。言語によるコミュニケーションに支障のある利用者については、言語聴覚士が面接してアセスメントを実施し、その結果を計画書に反映させて支援を実施している。現在、言語聴覚士がかかわっている利用者は20名程度で、3カ月ごとに開催しているケア会議で、計画の評価と見直しを実施している。 ・利用者とのコミュニケーションの手法としては、話すことや意思表示が困難で配慮を要する利用者については、書字やジェスチャーを用いるなど、利用者に理解してもらえらる方法によって意思疎通を図るようにしている。また、会話の不足しがちな利用者に対しては、席の配置や職員のかかりなどについて配慮するようし、コミュニケーションを図っている。</p> <p>■ 改善課題 ・職員自己評価の本評価項目の着眼点は7項目あり、その結果を見ると、肯定的回答率が5割を超えているのは2項目であり、残る5項目については2割台が2項目、3割台が1項目、4割台が2項目と、自己評価の肯定率は低い。 ・なお、肯定率が2割台の項目は「コミュニケーションの方法や支援について定期的に検討している」「利用者が話したいことを話せる機会をつくっている」の2項目であった。</p>	

A-1-(2) 権利擁護

【A3】A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。		評価
判断基準	a) 権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	C
	b) -	
	c) 権利侵害の防止等に関する取組が十分ではない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 56.5% b) 0.0% c) 30.4% 無回答) 13.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人の支援の姿勢については「利用者の皆様への約束とお願い」として文書化し、利用者・家族に手渡している。この文書は、利用者の権利侵害の防止等を示す法人・事業所の支援の姿勢を示すものであると同時に、サービスを受ける利用者が守るべき事項についても「お願い」として記している。 ・当事業所は、利用者の権利侵害の防止とその早期発見を目指すため、関連する職員研修を実施するとともに、不適切ケアに職員自ら気づけるように、2カ月に1回の頻度で職員が個人チェックを行うことにも取り組んでいる。なお、権利侵害の研修はeラーニング研修としても学べるようにしているため、職員の都合と理解度に合わせて繰り返し視聴できるように工夫している。</p> <p>■ 改善課題 ・本評価項目では、着眼点チェック項目を6項目を示してしている。それらの各項目について、職員自己評価の結果を見ると、すべての項目で肯定的な回答の割合は1割に満たないものから2割程度の範囲にとどまっている。この結果からは、事業所として利用者の権利侵害の防止に取り組んではいるものの、その成果はまだ不十分な状態であることがうかがえる。 ・本項目については「利用者の権利擁護を徹底させる」とする評価指針に準じ、評価結果は「a」または「c」評価からの選択になるため、今回の評価は「c」と判断した。</p>		

A-2 環境の整備

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。		評価
判断基準	a) 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。	b
	b) 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が、十分ではない。	
	c) 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 34.8% b) 60.9% c) 0.0% 無回答) 4.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・終業時に、清掃を毎日行っている。その他、週間・月間で清掃内容を決めて実施している。 ・利用者が落ち着いて寛げる座席を準備するように努めている。また、ベッドも準備し、プライベートカーテンを設置するなどして、必要時に休息できるように空間の使い方を工夫している。</p> <p>■ 改善課題 ・今回の利用者調査では、通所リハビリテーションで使用している環境に関して「暗い」「狭い」ことから「安らげない」などの利用者からの意見もある。特に長時間利用を選択している利用者が過ごす場所は「食堂」「リビング」「訓練室」を兼ねる大きな一部屋で、休息する場所もこの大きな部屋の一角になっている。職員自己評価でも、休息用のベッドやトイレの数の不足について指摘がある。職員は、清掃をまめにするなどして快適性を保つように環境の整備に努めているが、そのような現場の工夫だけでは対応困難な課題もある。事業所・法人として課題を整理し、改善に取り組むことを期待する。</p>	

A-3 生活支援

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。		評価
判断基準	a) 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
	b) 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。	
	c) 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 56.5% b) 17.4% c) 0.0% 無回答) 26.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所は4つのタイプの浴槽を備え、利用者の希望と身体状況のアセスメントの結果から、使用する浴槽のタイプを決定している。なお、自宅でも入浴している場合は、自宅の浴槽の形状とその浴槽にどのように入浴しているかを把握し、使用する浴槽を選定する際の参考にしている。 ・入浴の誘導や介助を行う際には、同性介助を原則にしている。また、少人数での入浴を希望する利用者についても配慮している。 ・長時間の通所リハビリテーションの利用者のうち、80名が入浴サービスを利用し、このうち5名は入浴動作が自立している。生活の保持目的による入浴回数は週2～3回である。 ・入浴に拒否的な反応を示す利用者については、時間や誘導する職員を変えるなどして、利用者がスムーズに入浴できるように工夫している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・洗体する姿勢から立ち上がる際に、石鹸のついた手で手すりをつかんで滑って転倒した事例、あるいは流し場の石鹸水で足を滑らせて転倒した事例がある。これらについて「報告書」は作成されているものの、要因分析は不十分である。その他、脱衣所に設置されている手すりは、壁に近く高い位置にあるため、利用者の立ち上がりを誘導する位置にない。 ・洗い場での転倒は、衣服を着ていないために大きな事故になりやすい。素足で洗い場を歩く利用者が、石鹸水などで滑らないように、急ぎ対策を行う必要がある。 ・手すりの太さや設置位置は、利用者の動作能力を引き出すためには重要である。見直しと改善を行うことを期待する。 	

【A6】A-3-1-② 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		評価
判断基準	a) 排せつ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) 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。	
	c) 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 47.8% b) 26.1% c) 4.3% 無回答) 21.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・トイレの構造は、右麻痺用、左麻痺用の便座が設定され、便座の高さも利用者の下腿長に合わせて選べるようになっている。すべての便座に利用者の立ち上がりを誘導する跳ね上げ式の手すりを設置するなど、トイレ内の環境を整備している。 ・利用者の身体機能をアセスメントし、より自立的な排泄動作ができるように支援方法を職員間で統一している。介助の方法については、リハビリテーション専門職と連携して決めている。なお、身体機能が下し、トイレで排泄する際に職員2名体制で対応している利用者が3～4名いる。通所時には、トイレでの排泄ができるが、これらの通所者の自宅での排泄は、おむつ使用になっている場合もある。 ・自然な排泄を促すために、水分や食べ物を摂取する際のポイントなどを家族にアドバイスしている。 ・プライバシーに配慮した排泄支援を行えるように、同性介護を実施したり、プライベートカーテンを使用している。 ・6カ月、1年の区切りで担当者会議を開催し、在宅時における福祉用具の活用など、トイレの環境整備について助言している。 ・なお、職員自己評価の結果では、本項目については上記の通りに「無回答」が21.7%を占めている。排泄支援については、現場にいる職員全員がかかわることを考えると、この結果の原因はどこにあるのか、大変気になるところである。検討を期待する。 	

【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。		評価
判断基準	a) 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) 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。	
	c) 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 65.2% b) 34.8% c) 0.0% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の心身の状況と意向を踏まえてアセスメントを実施し、移動に関係する福祉用具を選定している。選定した用具の使い方まで職員は助言を行い、利用者が使いこなせるように支援している。 ・より自立的な移動手段を確保できるように、利用者の身体状況をアセスメントしながら、段階的な目標管理を行っている。例えば「4点杖からT杖へ、そして独歩を目指す」などのように、利用者自身が認識できる目標を掲げ、支援に取り組むことを重視している。 ・利用者が安全に移動しやすいように、動線が狭くならない環境を整えている。この取り組みは、通所リハビリテーションの場面でも、在宅の生活場面についても、共通して利用者に配慮するポイントになっている。 ・必要に応じて自宅訪問や関係職種との情報共有を行いながら、利用者本人の生活習慣を尊重し、かつ生活環境に配慮した移動動線が確保できるように支援している。 	

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。		評価
判断基準	a) 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a
	b) 食事をおいしく食べられるよう工夫しているが、十分ではない。	
	c) 食事をおいしく食べられる工夫をしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 47.8% b) 26.1% c) 4.3% 無回答) 21.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所で昼食を摂っている利用者は、長時間リハビリテーションを利用している通所者の約80名である。なお、食事形態は、ペースト食、軟らかめ、常食の3種類を提供している。現在、ペースト食を摂っている利用者は1名であり、軟らかめの食事は2割程度である。 ・献立は、管理栄養士が作成している。厨房では、食事の彩りにも配慮しながら、食中毒の予防なども感染対策にも配慮している。 ・管理栄養士がマニュアルを作成し、衛生管理の体制を確立している。 ・なお、厨房は、当事業所の食事だけでなく、併設する老人保健施設、特別養護老人ホームなどの入所者と同じ献立で調理しているため、通所リハビリテーションの利用者だけの意向などを反映させにくい食事(献立)になっている。そのような厨房の事情はあるが、要望に応じた当日のメニュー変更への対応までは無理にしても、利用者の意向を反映させた食事の提供できるようにすることについては、検討することを期待する。 ・また、職員自己評価の結果を見ると、上記の通りに「無回答」の割合が21.7%を占めている。評価項目のなかでも「食事」はその場面を見やすいため、回答しやすいものとする。その意味からも、この「無回答」の回答率が多いことは気になるところである。 	

【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。		評価
判断基準	a) 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) 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が、十分ではない。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 65.2% b) 17.4% c) 0.0% 無回答) 17.4% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新規利用者を迎えたときには、それまで食べていた食事形態で提供し、咀嚼・嚥下の能力を言語聴覚士が評価している。特に、ペースト食を摂取している利用者については、利用開始直後に言語聴覚士が摂食状態を確認し、評価するようにしている。なお、経口摂取を継続させるための取り組みとして、言語聴覚士のアセスメントを重視した食事提供を行っている。 ・利用者一人ひとりの自立した食事摂取を目指して、テーブルの高さ、椅子の座面高、自助具(握りやすいスプーン・フォーク、滑らない皿の使用)なども、利用者ごとの状況に合わせて選んでいる。 ・誤嚥・窒息などの食事時の事故の発生予防のために、法人内で起こったこれまでの「食」にまつわる事故報告書を職員間で回覧し、情報共有するようにしている。また、職員会議でも話題に取り上げ、確認・検討するようにしている。 	

【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。		評価
判断基準	a) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b
	b) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 30.4% b) 52.2% c) 0.0% 無回答) 17.4% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所として必要と判断する利用者に対しては、口腔機能の保持・改善に取り組めるように支援している。具体的には、口腔機能体操や言語聴覚士による個別リハビリテーションの実施などである。なお、この取り組みについては「口腔機能向上加算」を算定しているため、継続的に利用者の状況の評価を行っている。 ・口腔ケアについての職員研修は、言語聴覚士が講師になり、事業所内で実施している。職員は、この研修で「利用者にあった口腔ケアの用具選定」などについても学んでいる。 ・長時間リハビリテーションのプログラム利用者のうち、支援が必要な利用者には、昼食後に口腔ケアを実施している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・口腔ケアは、昼食を事業所で摂り、食後の口腔ケアが自立していない利用者を対象に実施しているため、自立している利用者の口腔ケアが適切に行われているかどうかについてはチェックされていない。また、短時間リハビリテーションのメニューを選択している利用者については、昼食を事業所で摂っていないため、口腔内のチェックも不十分な状態にある。利用者の口腔機能の保持・改善という視点から、全利用者の口腔機能を定期的にチェックし、利用者ごとの適切な口腔ケアの用具の選定を含めて、自立的な口腔ケアの実施を期待する。 ・言語聴覚士が講師となり、口腔ケアに関する職員研修を行っているが、その研修への参加は希望者だけにとどまっている。全職員が、利用者の口腔ケアの必要性と、そのために必要になる口腔ケアの知識・技術を獲得できるように、事業所として取り組みを強化するように期待する。 	

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。		評価
判断基準	a) 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	b
	b) 褥瘡の発生予防・ケアを行っているが、十分ではない。	
	c) 褥瘡の発生予防・ケアを行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 52.2% b) 39.1% c) 4.3% 無回答) 4.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡対策の指針や褥瘡の発症予防についての標準的な支援の実施方法は、法人の「介護基準」に示されている。 ・褥瘡の発症リスクのある利用者については、職員が入浴時などに皮膚の変化を観察するとともに、ポジショニング、除圧、さらに理学療法士や作業療法士から適切な福祉用具の選定などについての助言を受けている。 ・通所リハビリテーションの利用者が、在宅においても訪問看護などの他のサービスを利用している場合には、それらの関係機関との密な連携を図って支援を行うようになっている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在、サービス利用中の通所者では、褥瘡の発症リスクの高いケースは非常に少ない。そのためもあるのかもしれないが、法人として示している「介護基準」を理解している職員も2割以下にとどまっている。同様に「褥瘡に対する標準的な対応」についても、部署として研修を実施しているものの、職員自己評価の肯定率は2割である。さらに「最新情報を収集して日常のケアに取り入れているか」についても、職員自己評価の肯定率は2割に届いていない。 ・つまり、褥瘡が発生していれば主治医の指示に従って職員は処置しているが、最新の知識や予防という視点からは、現状の褥瘡ケアの取り組みは不十分である。取り組みの強化を行うよう期待する。 	

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。		評価
判断基準	a) 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。	
	b) 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と取組が、十分ではない。	
	c) 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が確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 4.3% b) 34.8% c) 30.4% 無回答) 30.4% であった。</p> <p>■ 介護職員による喀痰吸引等は実施予定にないため、この項目については「非該当」とする</p>	

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。		評価
判断基準	a) 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) 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が、十分ではない。	
	c) 機能訓練や介護予防活動は行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 65.2% b) 34.8% c) 0.0% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が主体的にリハビリテーションに取り組めるように、個別にアセスメントを行い、一人ひとりの生活に即したメニューで訓練を行えるように個人プログラムを作成している。 ・個人プログラムでは、リハビリテーションおよび自主訓練の内容まで利用者が理解できるように、わかりやすく示すようにしている。実際のリハビリテーションについては、リハビリテーション専門職が利用者とかかわり、指導・助言を実施している。 ・リハビリテーションおよび自主訓練の内容は、定期的に見直し、評価している。評価は、毎月行っているモニタリングの結果等に基づき、担当者会議で行っている。 	

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。		評価
判断基準	a) 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b
	b) 認知症の状態に配慮したケアを行っているが、十分ではない。	
	c) 認知症の状態に配慮したケアを行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 21.7% b) 73.9% c) 4.3% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・長時間リハビリテーションの利用者80名のうち、認知症の症状の見られる利用者は5名程度である。認知症のBPSDにより、その症状が生活障害に至っている利用者は、まれな状況にある。認知症の症状への対応が必要な利用者については、一定期間にわたって行動観察しながらアセスメントを行い、具体的な対応をケア会議で検討するなどして、職員間で支援の統一を図っている。 ・事業所に来所したときに、薬の確認、靴の置き場所、鍵の管理などについて、利用者が安心できるように対応している。送迎時の車内でも、意識して利用者の発する言葉に傾聴するよう努めている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では、利用者全般の傾向として、認知症の症状のある利用者が少ないためか、エリアの認知症研修に参加する職員についても希望者のみにとどまっている。 ・職員自己評価の結果では「取り組みが不十分である」とする具体的な意見が多く見られる。とりわけ「十分に話を利用者から聞く時間が不足している」「認知症に配慮した対応が職員間で差がある」など、職員からも「認知症」に対する取り組みの強化が求められている。今後の認知症ケアのあり方について、事業所として検討することを期待する。 	

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。		評価
判断基準	a) 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) 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、取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 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ていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 60.9% b) 39.1% c) 0.0% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通所リハビリテーション利用中の急変時には、利用者それぞれの主治医に連絡し、その指示のもとに対応することを基本にしている。ただし、主治医に連絡がつかない場合や、それを待てない緊急事態の場合には、併設しているデイケアの管理者、または特別養護老人ホームの医師に指示を仰ぎ、対応する場合もある。 ・事業所到着時には、利用者に対してその日の体調等を尋ねながら、バイタルサインの測定(血圧、体温、脈拍)を行い、その結果を記録している。また、入浴前には、それらのバイタルサインの測定に加え、SpO2(血中酸素飽和度)も測定している。さらに、送迎時には、必要に応じて家族に対して利用者の状態を伝えたり、逆に家族から利用者の身体状況について聞くようにしている。 ・利用中に体調に変化が見られた場合には、看護師に報告し、相談している。 	

A-4 家族等との連携

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。		評価
判断基準	a) 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) 利用者の家族等との連携と支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の家族等との連携と支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 47.8% b) 47.8% c) 0.0% 無回答) 4.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族に対しては、定期的に関係者のプラン会議を開催し、その会議への参加を要請している。なお、この会議に参加する家族は、全体の2割程度であり、送迎時に会える家族も5割程度である。家族と会える場合には、そこでサービスについて説明したり、要望を聞いている。その他にも、連絡帳に必要事項を記載して家族に伝えたり、必要時には電話やメールを使って連絡することもある。なお、連絡帳には通所時のバイタルサインの測定値なども記録しているため、利用者は受診時に連絡帳を持参し、主治医に診てもらおうようにして活用できている。 ・当事業所は、家族と協力して利用者本人の在宅生活を支えるリハビリテーションを実施している。しかし、単独世帯の利用者や高齢世帯である場合も珍しくなくなっている。さらに、利用者と同じく住んでいる家族が「連絡帳」に関心を示さない場合もある。今後は従来の方法のみによる家族との連携だけでなく、家族との連携が希薄になってくることを前提にした利用者家族の支援のあり方についても検討する必要がある。 	