

福祉サービス第三者評価結果

1 第三者評価機関名

有限会社 保健情報サービス

2 施設の情報

| | | |
|----------------------------------|---|----------|
| 名称：訪問介護仁風荘こうやまち | 種別：訪問介護 | |
| 代表者氏名：管理者 永海 理恵 | 定員（利用人数）： 24名 | |
| 所在地：鳥取県米子市紺屋町104-2 | | |
| TEL：0859-38-1765 | ホームページ： http://www.yowakai.com/ | |
| 【施設の概要】 | | |
| 開設年月日 平成23年5月1日 | | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：医療法人養和会 理事長 廣江 智 | | |
| 職員数 | 常勤職員： 10名 | 非常勤職員 1名 |
| 専門職員 | （専門職の名称） | |
| | 介護福祉士 9名 | 介護福祉士 1名 |

3 理念・基本方針

法人理念

養和会は、ご利用者の幸せ、地域の幸せ、職員の幸せを追求します。

理念

1. 人権を尊重し、ご利用者に「安心・安全・安らぎ」のある医療・介護・福祉を提供する。
2. 地域とのつながり、職員、家族を大切に、共に歩み続ける法人を目指す。
3. 人にも環境にも優しい、活動に取り組み地域に貢献する。

運営方針

1. 指定訪問介護の基本方針として、訪問介護員等は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行う。
2. 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

サービス提供の考え方

- ・ 本人の人権を尊重、利用者のニーズ合わせたサービスを提供していくため、定期的なカンファレンスや勉強会を実施し、日々、知識・技術の向上につとめる。
- ・ 利用者や家族が継続して地域との繋がりと保ちながら、生活を送って頂けるよう他の事業所との連携を図っていく。

4 施設の特徴的な取組

- ・米子市の中心市街地に立地しています。また、併設の定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスも含め月曜～日曜日・祭日でも365日ご利用可能です。
- ・利用者の可能な限り自立した日常生活を営めるよう、人権を尊重し、利用者のニーズに合わせたサービスを提供していくため、定期的なカンファレンスや勉強会を実施し、日々、知識・技術の向上に努められています。
- ・利用者や家族が継続して地域との繋がりを保ちながら、生活を送って頂けるよう他の事業所との連携が図られています。

5 第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|--|
| 評価実施期間 | 平成29年12月15日（契約日）～ 平成30年3月31日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 1回（平成28年度） |

6 総評

◇特に評価の高い点

・医療法人の事業としてとして、医療関係、福祉関係の他職種の運営が行われており、福祉サービスにおける知識・技術の連携が行き届き、医療法人養和会として、ISO9001（国際認証規格 品質マネジメントシステム）を取得され、事業運営されています。

法人事業運営への改善に積極的に取組まれ、理想とする企業理念・基本方針に沿った地域への医療、介護、福祉に関する使命の実現に向け全組織を上げて取り組まれています。

・有資格者10割の人員配置

・法人の必須研修として、人権研修、リスクマネジメント研修、行動制限最小化研修、身体拘束研修等、法令遵守に関する研修が実施され職員は理解され支援されます。

また、接遇研修に参加され丁寧な言葉遣い、利用者の気持ちを確認し、気持ちに寄り添う支援等、信頼関係が築かれています。

・毎年度、利用者満足度調査が実施され、各施設の玄関等に掲示され家族等訪問された時分かるようにされています。

・法人として養和病院（医療機関レベル）と同様の感染予防対策が実施されています。

・訪問時に健康チェックを行い、異変があった場合には家族、医師、訪問看護事業所、ケアマネに連絡する体制があります。

・急変時のヘルパー緊急連絡表があり利用者の急変の早期対応ができます。

◇改善を求められる点

・平成30年度の介護報酬改定に於いては、より在宅生活の継続に軸足を置いた運用となります。その為にも、より利用者の身体機能の維持回復が求めてこられます。IADLを中心とした、きめ細やかなアセスメントによる「未来志向型（自立支援型）」の訪問介護計画が必要となり、プランに対しての成果も求められてきます。今後も更にきめ細やかな訪問介護計画の作成に期待します。

7 第三者評価結果に対する施設のコメント

定期的に第三者評価を受審することで、日々の取り組みに対して振り返りの機会となり、私たちの取り組みに対して良い評価は継続し、不足している部分は改善していく。身体機能の維持回復、自立に向けた支援を行い、在宅での継続した生活を送っていけるよう訪問介護計画の作成にして努力していきたいと思えます。

今後も、第三者評価を受審し、取り組みに対してご意見等を頂きながら、介護サービスの向上を目指し、職員全員で在宅生活を支える事業所として継続して取り組んでいきたいと考えています。

⑧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。

第三評価結果（訪問介護）

共通評価基準（45項目）

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 |
| <p><コメント></p> <p>医療法人養和会（法人本部）全体の理念・基本方針による組織運営が行われ、明文化された理念・基本方針等が施設へ掲示及び広報誌及びホームページへの掲載による地域への周知及び施設玄関（エントランスホーム）に「訪問介護運営規定」「重要事項説明書」等々の掲載による施設運営方針の周知が行われています。</p> <p>また、新入研修では、理事長から直接、理念や基本方針について説明が行われます。</p> <p>名札の裏に入れ何時でも確認できるようにされ、職員の理念・基本方針の理解と意識の醸成に努められています。</p> <p>利用者・家族には、利用開始時に重要事項説明書等を使用し説明されています。</p> <p>地域の方等に対しては、ホームページや広報誌等で示されています。</p> <p>部署ごとの運営方針は、部門別実行計画に示されています。</p> | | |

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対処している。 | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>医療法人本部（理事・監事等）と部署長面談（事業計画及び見直し時期：年間2回）が行われ、社会の動向や取り巻く経営環境の変化を見定めた現状の事業運営や財務状況分析及び医療法人全体の経営状況及び経営課題が適切に把握され、当施設の取組み方針等に基づいた業務の推進が行われています。</p> <p>また、仁風荘管理会議（月1回）で月次報告（分析）を行い当施設の事業状況及び今後の取組み方針等を明らかにされた取組みが行われています。</p> <p>介護・医療連携推進会議（運営推進会議：年間4回）においても「高齢者推移予測」及び「利用者潜在数」等のデータの情報及び行政等の政策動向等の外部情報を得て、社会の変化による経営環境の実態把握・分析を通じた取組みが行われています。</p> | | |

| | | |
|---|-----------------------------------|---|
| 3 | I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>医療法人会議（仁風荘管理会議、運営推進会議等）で、経営状況（成果分析・課題等）について明確にされ、担当職員すべてが経営課題や改善対策方針に沿った取組を行うために、経営陣以外の現場職員（管理者含む）への「マネジメントの基礎」についての研修も行われ、経営課題や運営の問題点等が組織的に共有するための取組が行われています。</p> | | |

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 |
| <p><コメント></p> <p>医療法人養和会全体の単位組織（訪問介護事業）として、本部策定の中・長期ビジョンである「理想の姿」（あるべき姿）で明確にされています。</p> <p>財務状況、組織体制、利用者の経年別利用数、福祉サービス（内容や行事等）、施設設備修繕等、人材育成（中・長期計画）等の中・長期ビジョンは、職員が実行するにあたっての課題や改善施策（目標・成果分析・対策等）を中・長期的（単年度含む）に職員が共通指標として常に意識できる「見える化」の推進が行なわれ、中・長期の収支計画も策定されています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>医療法人本部は、事業サービス単位、担当別の単年度の事業計画・活動指標を策定されている。</p> <p>中・長期計画である「理想の姿」を基礎として作成した単年度の訪問介護部門の計画をスタッフ面談（年間2回）による説明が行われています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>毎年10月～11月の部署長面談にて各部署の目標や課題を経営陣と理解を深め、その目標や課題を基に次年度の事業計画等が作成されています。また、各部署に於いても部門別実行計画が策定されています。</p> <p>職員一人ひとりの個人の「目標の管理」が行いながら、職員個々の参画による事業運営に対する振り返り（自己評価等）や課題・問題点の改善や対策を反映させたより現場の意見を取り入れた事業計画策定となっています。</p> <p>事業計画は病院会議、仁風荘会議等の会議体でも周知がなされ、法人全体で理解を促すための取組が行なわれています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>事業計画は、ホームページ等を活用し広く公表されています。</p> <p>また、介護・医療連携推進会議等においても委員の方々に配布し説明を行い周知が図られています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>医療法人養和会として、ISO9001（国際認証規格：品質マネジメントシステム）を取得され、内部監査（年1回）並びに更新審査（3年1回）を実施して、サービスの維持、担保及び質の向上に努められています。</p> <p>各種のマニュアル整備は、電子カルテ化し、利用者タグ等による在宅管理（定期巡回・随時対応型訪問介護）及び各種の記録の書き換え等については、タブレット端末を利用して、業務の効率化が図られています。</p> <p>サービス内容の質につて、毎月の成果実績の分析（PDCAサイクルの振り返り）や課題・問題点对策の積み上げによる四半期単位の改善・見直しの目標基準の設定及び内部監査（年1回）による、サービス品質の監査が行われ、職員が介護サービス質の担保、向上に向けた取組みを共通の理解として捉える仕組みが出来ています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>組織として、サービス実施状況の課題が主な取り組みになることから「ご利用者満足度調査（年度末：年間1回）」を実施、法人内の「品質管理委員会」で分析・対策を行い、次年度の計画に反映させています。</p> <p>また、部署長面談における次年度の各種の改善施策等が論議され、次年度の各事業所の取り組む課題を明確にしながら、次年度の事業計画への改善につなげています。</p> | | |

評価対象Ⅱ 施設の運営管理

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 |
| <p><コメント></p> <p>責任管理者（施設長）不在時は（事業所センター長）に権限が移譲され、日常業務は総合管理者が当施設の運営責任を果たされています。</p> <p>責任体制（役割）を明確にした福祉サービスの質の向上に向けた取組みが行われています。</p> <p>また、月1回の仁風荘会議にて利用状況等を基に経営・管理に関する方針、取組みを明確にされています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>医療法人養和会の全体の法令遵守（責任者）体制に基づき、組織的に取組みが行われています。</p> <p>全ての法令に関する遵守や介護保険制度の遵守等に関するコンプライアンス研修（平成29年12月7日～8日）が職員への研修が行われ、個人情報についても「改定個人情報保護法」（昨年12月）等改定事項がある都度に研修が開催されるなど、法人が定める必須研修「人権研修」「リスクマネジメント研修」「行動制限最少化研修」「身体拘束研修等」の法令遵守の各種の法令等に関する知識や理解を深める取組みが行われています。</p> <p>更に、介護報酬改定時には、改定項目に関する勉強会等も適切に実施されています。</p> <p>コンプライアンス遵守の職場風土の更なる推進に向け、法令遵守マニュアルの見直し（定期的）及び規定の文書掲示や職員への携帯型カード等の配布などによる職員意識の徹底を図り、倫理や法令遵守の取組みを更に推進されること望みます。</p> <p>介護報酬改定時には事務担当者より改定項目に関する勉強会が実施されています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>医療法人の組織として取組み（ISO9001）として全組織が、福祉サービスに関する規格・品質等の監査を受けるなど積極的な取組みが行われています。</p> <p>また、ご利用者満足度調査（年1回）及び職員の満足度調査が（年1回）及び施設内に意見箱を設置するなど利用者（家族等）の意見・要望に対するサービスに反映させる取組みが行われています。</p> <p>法人内研修も数多く企画され、職員の教育・研修の機会の充実が図られています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>仁風荘会議、本部管理会議（月1回）で月次報告（分析・対策等）が定期的に行われ、経営指針の1つとして「業務効率化」と「職員へのコスト意識」を徹底するようにされています。</p> <p>また、ミーティング時に各職員に業務改善に関する事項を検討する時間を設けられています。</p> <p>企業理念にも「利用者、地域、職員の幸せを追求」等々がありますが、職員の働きやすい環境にも努力されています。</p> <p>具体例として、育児中の職員の対応として、出来る限り本人の希望や急な休みに対応出来るような人員配置が取られたり、就業規則にも時短勤務規程を設け、育児休暇明けの職員も働きやすいよう環境整備が実施されています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>人材確保・定着については、法人本部で行われおり、ホームページ等を通じて各専門職種の採用を進められています。</p> <p>各種専門学校等の実習を積極的に受け入れや学校訪問等行い、新規採用につなげる取り組みを継続して行われています。</p> <p>職員に対する異動に関する希望等の面談（年2回）による定期的に様々な業務への挑戦や適切な人材育成を図るなどの定着に向けた工夫が行われています。</p> | | |
| 15 | Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>人事基準が明確にされ、職員一人ひとりの実績が報われる仕組みづくり及び常に再挑戦ができる職場環境づくりである法人全体に適応した「人事考課制度」（職員の目標管理シート）による総合人事管理が行われています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>就業規則に基づき、勤務管理（勤務の柔軟な変更等）及び時短勤務規定や育児休暇明けの職員が働きやすい環境整備（子どもが3歳になるまで夜勤免除等）が図られています。</p> <p>また、本人の意向に基づき、リフレッシュの為に連続休暇を事業所に於いて実施されています。</p> <p>身体面では、法人運営のフィットネスクラブの利用や法人の理学療法士等のリハビリ職による腰痛予防研修が毎年行われる等、健康に関する取組みが行われています。</p> <p>職員のメンタル面については、ストレスチェックが実施され、養和病院との相談・連携体制も確保されています（精神科医、臨床心理士など）。</p> <p>年2回の健康診査、インフルエンザの予防接種も法人の費用負担で実施されています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>医療法人養和会全体に人事考課制度（個人の目標管理シートに対する部署長の面談及び成果評価等）が導入され、職員一人ひとりの経験や知識・技能（強み・弱み）が把握され、人事管理されており、育成計画に連動しています。</p> <p>年2回、部署長による個人面談も実施されます。</p> | | |
| 18 | Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>医療法人本部の人材育成基本方針に基づいて研修計画を策定して教育・研修が行われています。</p> <p>新人研修を皮切りに段階的（経験や知識・技能把握）に研修計画が策定され、外部研修計画に加え、職員個々の福祉サービスに必要な有資格や職場OJT研修等の教育・研修及び昇級・昇格に連動させるなど、職員の育成方針に基づいた取組みが行われています。</p> <p>研修内容の見直しについては、介護保険制度の改訂やニュース等を参考にしつつ、変更、見直しが定期的に行われています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>職員の経験年数や資格取得状況も管理されており、各々に合った研修等（初任者研修、1年次、2年次、3年次、4年次、5年次研修等）も実施されています。</p> <p>介護福祉士資格取得のため、研修への補助や内部講師による勉強会が行われています。</p> <p>介護福祉士資格取得のため、研修への補助や内部講師による勉強会が行われています。</p> <p>法人内で各種研修が実施されおり、仁風荘の他部署職員が外部研修に参加した際には伝達講習という形式で講師役を務めてもらい、自部署職員への教育の機会とされています。</p> | | |

| | | |
|--|--|---|
| II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。 | | |
| 20 | II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>法人（仁風荘全体）として実習生の受け入れを積極的に行われており、指導者に対しても研修等は行われています。</p> <p>実施の際には、学校側と打ち合わせを行い、学校が作成している実習マニュアル等に沿って実習が行われています。</p> <p>訪問介護事業所としては、サービスの性格上受け入れはされていません。</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 |
| <p><コメント></p> <p>医療法人養和会として、ISO9001を取得し、経営の透明性も確保に努められています。</p> <p>企業理念・基本方針及び事業運営に関する施設概要・施設案内・提供する福祉サービス内容等がパンフレット、広報誌及びホームページへの掲出等による情報公開が行われています。</p> <p>また、定期巡回型24時間訪問介護・看護部門に於いては、介護・医療連携推進会議（構成メンバー：行政、公民館、民生委員、利用者家族、地域の包括支援センター、医師及び他事業者、当施設グループ管理者等）による運営に関する情報提供及び課題・問題点等に対する提言を受け、更に良好な事業運営及びサービス提供が行なわれています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>施設経営・運営、財務管理等は、医療法人本部が総括的に内部統制において、適正に取組みがなされている。（ISO規定に基づいた経営、運営体制の適正な整備に向け、年1回内部監査、3年1回更新審査も実施されています。</p> <p>経営主体が医療法人である為、公認会計士等の監査による寄付行為（定款）に沿った透明性の高い適正な運営となっています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>地域との関わり方については、法人「理念・基本方針」である「利用者の幸せ・地域の幸せ」、「地域の貢献できる事業所」の考え方に沿って進められています。</p> <p>法人の取組みとしては、医療法人養和会の仁風荘さくらまつり、長寿を祝う会や夏祭り等へ参加し、地域との交流を広げられています。</p> <p>仁風荘こうやまちとしては、地域の方が自由に利用できる食堂を解放した「こうやまちカフェ」（月1回）の開催及び第3木曜日に開催する「いきいき体操」（月1回）約20名程度の参加者で交流が図られています。</p> <p>利用者や地域住民との関係性の向上に努められています。</p> <p>また、地域の公民館の公民館祭に当施設から作品の提供等の協力が行われています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>仁風荘全体（法人）としては、学生ボランティア等の受け入れを積極的に行われています。</p> <p>仁風荘こうやまちとしては、訪問介護の性格上ボランティアの受け入れは難しいと思われます。</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 施設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 |
| <p><コメント></p> <p>定期巡回型24時間訪問介護・看護部門に於いては、介護・医療連携推進会議における提言及びアドバイスによる施設運営及びサービス改善の取組みが行われています。</p> <p>病院（救急医療施設等）、社会福祉協議会、保健所、警察署、消防署、警備企業等の関係機関とネットワークを構築し、「関係機関緊急連絡一覧」等を作成されています。</p> <p>仁風荘会議にて利用状況や他部署との連携が図られています。</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 施設が有する機能を地域に還元している。 | a |
| <p><コメント></p> <p>法人「理念・基本方針」の「利用者の幸せ・地域の幸せ」、「地域の貢献できる事業所」の考え方に則り、事業所のスペースや相談機能は、地域に広く開放されています。</p> <p>仁風荘こうやまち単独では、訪問介護の性格上、地域への還元は難しいと思われます。</p> | | |

| | | |
|---|--|---|
| 27 | Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>仁風荘こうやまち独自の取組みである地域の方が自由に利用できる食堂を解放した「こうやまちカフェ」（月1回）の開催及び第3木曜日に開催する「いきいき体操」（月1回）約20名程度の参加者で交流が図られています。</p> <p>また、住吉公民館祭では居宅介護支援事業所共に介護相談ブースを設置し、地域で積極的に展開されています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>日常的に「理念・基本方針」等の唱和による意識の醸成が図られています。</p> <p>年次研修として、「コンプライアンス研修」や昨年改定された「改正個人情報護」研修に加えて、法人本部が必須としている「人権保護研修」「リスクマネジメント研修」「行動制限最少化研修」「身体拘束修」等の法令遵守は、法人本部で適切に計画され、職員への法令遵守意識の徹底及び接遇マナーマニュアル等に沿った取組みが行われています。</p> <p>身体拘束廃止検討委員会では、身体拘束だけではなく倫理的問題についても検討する機会を設けられています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>重要事項説明書（施設内の掲示物）等で、利用者のプライバシー保護及び虐待防止（権利擁護）の規定が作成され、ISO 規定や職員研修での認識強化に加え、不適切事案の発生や情報等への対処策として「法令遵守責任者」「法人法務担当」への適切な報告（管理者等）及び対応・対策に関する権利擁護体制の整備が行われています。</p> <p>訪問介護においても訪問（家族状況等）で知り得たプライバシーに関する保護の遵守に向けた研修等の取組みが行われています。</p> <p>掲示物と重要事項説明に記載し、利用者、家族等にも周知が図られています。</p> <p>不適切な事案が発生した場合には、管理者並びに法令遵守責任者、法人法務担当者に速やかに連絡する体制が整備されています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>法人本部を窓口として、ホームページ・パンフレット、広報誌等により、施設概要、施設案内、サービス案内等を公民館及び広く地域の方へ情報を積極的に提供されています。</p> <p>シニアマンションこうやまち1階に受付に事業所を構えられており、随時パンフレットの提供や情報提供が行われます。</p> | | |
| 31 | Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更において利用者等にわかりやすく説明している。 | a |
| <p><コメント></p> <p>利用者のサービス開始・変更時においては、サービス契約時に利用者・家族等「重要事項説明書」に沿って介護保険制度内容や当施設の利用目的やサービス内容及び料金等を説明し、利用者の同意を得た上で契約締結が行われています。</p> <p>また、対応には、接遇マニュアルに基づいた利用者・家族等に対して、丁寧で分かりやすい言葉遣いや資料（写真）等により説明が行われ、契約は、手順に沿って適切に契約を結んでおられます。</p> <p>サービス契約時にはアセスメントに時間をかけておられます。</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 |
| <p><コメント></p> <p>福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等が行われる場合には、担当ケアマネジャーに情報提供を行い、スムーズ且つ継続性が取れるように配慮されています。</p> <p>本人の心身の状態に合わせた訪問介護計画の作成を心掛け、関連事業所とも連携を図られています。</p> <p>家族様からの相談に関しては、管理者及びサービス担当責任者が主に行われています。</p> <p>相談窓口については、自部署のみならず、法人の介護老人保健施設の相談員にも相談出来る体制が確保されています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>利用者満足度調査（年1回）での意見・要望収集及び玄関等への意見箱設置による意見・要望（苦情含む）の収集に加え、介護・医療連携推進会議からの提言等による利用者満足向上への取組みが行われています。</p> <p>また、要望・苦情等の意見が寄せられ、当施設での対応に苦慮する場合は、当施設の責任者を通じて、方針の「品質管理委員会」へ報告するなど改善・解決への検証・検討を行い、寄せられた要望・苦情に対する回答が組織的に行われています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>契約書、重要事項説明書等に苦情解決の仕組みについて詳しく説明されています。</p> <p>苦情は、当施設窓口及び医療法人本部の「品質管理委員会」が開設している苦情受付のホームページへの意見・要望（苦情）の申し出の仕組みが確立されており、品質管理委員会及び介護老人保健施設の相談員と連携した苦情解決への取組み体制が整備されています。</p> <p>毎月、品質管理委員会がグループ全ての苦情等及びその解決（対応）状況等を取りまとめ、ホームページ等で記録の公表が行われ、地域や利用者の声を適切に反映する取組みが確立されています。</p> <p>利用者満足度調査、意見箱、介護・医療連携推進会議等で意見を収集されており、介護・医療連携推進会議にて、委員の方に事業所内での事故や苦情についても説明されています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>施設内へ意見箱（一週間に1回程度確認）を設置及びホームページ等での意見・要望等の受付を法人本部の窓口で受止め、相談や意見の検討及び問い合わせに対する回答を組織的に行われています。</p> <p>管理者だけではなく、スタッフへも相談できるような関係作りを心掛けておられます。自部署のみならず、介護老人保健施設の相談員にも相談できる体制となっています。</p> <p>利用者満足度調査、意見箱等を始め、契約書、重要事項説明書等に於いても各種の相談や意見が述べられる体制がある事が記載され周知が図られています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>自部署で頂いた相談、意見については、自部署内で検討され、自部署で解決できる事案の場合は速やかに回答、改善等が行われます。軽微な事案であっても法人内品質管理委員会に報告されます。基本的にすべての事案は法人の委員会にあげられ、法人としても検討され、対応が必要であれば速やかに対応されます。</p> <p>自部署で解決対処が不可能の場合は、介護老人保健施設の相談員及び法人本部が連携して、意見・要望（苦情）等の検討が行われ、改善見直しや回答等を利用者（家族）へ適切にフィードバックが行われています。</p> <p>その対応情報（利用者や家族等の同意を得たもの）をホームページで公表されています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>ISO 規格適合及び医療法人本部が定める「リスクマネジメント規定」に沿って、防災訓練（年2回）及びリスクマネジメント研修（年1回）を開催して、福祉施設及び福祉サービスに関する安心・安全対策及び共通の職員個々の安心・安全意識の醸成の取組が行われています。</p> <p>法人の必須研修としてリスクマネジメント研修も行われています。</p> <p>自部署でのヒヤリハット案件の職員からの提出等による安心・安全対策の勉強等が行われています</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 |
| <p><コメント></p> <p>感染症対策マニュアルが整備され、医療法人本部（医療機関レベル）の対策の適用による感染症の予防及び感染症発生時の対策が組織的に取組まれています。</p> <p>また、外部からの感染防衛対策として、職員へのインフルエンザ予防接種や職員が感染した場合の出勤判断（5日間の感染モニタリングによる状況把握）による業務開始及び利用者が感染した場合の対応等（訪問介護サービス及び食事の提供等）に配慮された取組が行われています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>ISO 規格適合及び医療法人本部が定める「リスクマネジメント規定」が整備され、災害発生時の非常事態を想定した防災マニュアルに沿って、自部署（シニアマンション全体を含む）の防災訓練（年間2回）が実施されています。</p> <p>災害時における施設在宅の利用者・職員の安心・安全確認、外出等の利用者（当日勤務終了で休みの職員含む）の安否確認システム（緊急連絡網等）等による安否確認ができる仕組みの構築及び被害情報や被災支援対策など法人本部との連携及び関係機関との情報収集（提供含む）等の連携も日頃の対応による関係強化等が行なわれています。</p> <p>災害時の備蓄については、法人本部で用意されています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>ISO 規程に基づいたサービス提供を遵守されています。</p> <p>重要事項説明書における当施設の利用サービス（訪問介護含む）が説明され、利用者（家族等）の理解を得た契約に基づき、標準的な介助方法や手順等に沿って、一人ひとりの「訪問介護計画」（法人の内部評価委員会によりチェック）の策定による計画に沿ったサービスの提供が行われています。</p> <p>契約書、重要事項説明書に於いても、利用者の尊重、プライバシー、権利擁護の姿勢が明示されています。</p> <p>職員間で利用者全体の介護計画が共有されていることからサービスがどの職員でも訪問介護時、利用者の心身の状況を十分観察し、標準的な（作業手順等）やり方で安全を最優先に訪問介護サービスの実施が行われています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>ISO 規程に基づき、年1回マニュアル類の見直しが行われています。</p> <p>日常の訪問介助時のモニタリング等（記録等）及びカンファレンス（適宜）による標準的（手順等）な訪問介護計画の改善・見直しが行われています。</p> <p>また、ご利用者満足度調査やご意見箱への意見・要望及び介護・医療連携推進会議での提言等から利用者にも有効な新たなサービス取組みや現状の見直しが行われています。</p> <p>短期目標（1ヶ月）単位に定め利用者のモニタリングを行いながら、サービスが提供されています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>サービス契約時にアセスメントに時間をかけ、訪問介護計画は策定されています。</p> <p>自部署職員のみで検討するのではなく、老健、病院職員との連携を密にし、多様な職種からの意見を参考にしつつ個別的なサービス提供ができるように努めてられています。</p> <p>モニタリング、評価は毎月実施されています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>毎月のモニタリング・評価を本人の意向を踏まえながら継続的に行い、結果については担当ケアマネに送付されています。</p> <p>事業所のプラン評価を基にケアマネとの相談を行った結果、ケアプランの変更がなされることもあります。</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、職員間で共有化している。 | a |
| <p><コメント></p> <p>介護ソフトを利用し、電子化された利用者データに基づいた訪問介護サービスの提供が行われ、提供後の記録等（利用者の心身変化、留意事項、サービスの実施状況等）も適切に登録するための研修（記録マニュアル等）や職場 OJT による取組みが行われています。</p> <p>職員間の利用者個々のサービス実施状況が電子化により共有されています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>ISO 規程に基づいた記録管理を遵守されています。</p> <p>規定の整備、組織的に法令遵守（情報保護等）の研修及び利用者（保護者）への入所説明時（重要事項説明書等）での情報に関する説明や理解された運営が行われています。</p> <p>利用者の個人ファイルを見やすく・分かりやすく整理、整頓（保管・保存・廃棄等）が行われています。</p> <p>事業所内掲示物、重要事項説明書等にも情報開示について記載され、利用者等に説明されています。</p> <p>職員は個人情報保護規定を理解し、遵守されています。</p> | | |

内容評価基準（訪問介護17項目）

A-1 生活支援の基本

A-1 生活支援の基本と権利擁護

| | | 第三者評価結果 |
|---|---|---------|
| 1-(1) 生活支援の基本 | | |
| A② 1 | A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。 | a |
| <p><コメント></p> <p>利用者の心身の状況を多職種間（グループ内の介護支援専門員、看護師等）との情報共有を図り、適正なアセスメントによる訪問介護計画が策定され、利用者本人（家族等への情報提供含む）に対するADL（日常生活動作）及びQOL（精神的自己実現）の心身共に自立や希望（楽しみ）が湧くような助言・情報の提供に努力した取組み支援が行われています。</p> <p>具体的には、日常のリハビリと連動した洗濯、掃除等できる所を行ってもらわれたり、地域のショッピングセンター等へ買い物ツアー（月2回）行き、利用者の「欲求」を高めたり、「楽しみ」を満たす取組みや「金銭感覚継続やお金の管理」等が工夫され、自立に向けた支援が行われています。</p> | | |
| A④ 2 | 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 |
| <p><コメント></p> <p>一人ひとりの利用者の心身状況を（グループ内の関係機関）が把握され、利用者の対応の接し方、ケア方法等の検討（介護支援専門員、看護師と訪問介護士等）が行われ、利用者の尊厳に配慮した取組みが行われています。</p> <p>コミュニケーション及び接遇の勉強会を開催し、コミュニケーションの重要性を理解や自尊心に配慮した言葉遣い等の対応に努力されています。</p> <p>丁寧な言葉遣い、利用者の気持ちを確認する、気持ちに寄り添うなど柔軟なコミュニケーション力で接し信頼関係が構築されています。</p> | | |

A-1-(2) 権利擁護

| | | |
|--|--|---|
| A⑤ 3 | A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組みが徹底されている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>医療法人・社会福祉法人養和会（身体拘束廃止委員会）が重要として掲げる（理念・基本方針）である「人権の尊重」である利用者の「安心・安全・安らぎ」医療・介護・福祉を提供する組織としての運営として、医療法人本部で組織化されている「身体拘束廃止検討委員会」は、身体拘束問題対策だけでなく、倫理的問題（権利侵害・虐待等）についても検討や重要視した職員共通の理解を求める勉強会等の実施及び人権擁護マニュアル等に沿った運営が行われています。</p> | | |

A-3 生活支援

| | | |
|--|---------------------------------------|---|
| A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援 | | |
| A⑦ 4 | A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身に状況に合わせて行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>安心・安全（転倒防止や健康状態の変化）に快適に入浴を提供するためのマニュアル・手順書に基づいた利用者の心身状況に注意した入浴支援を位置づけた訪問介護計画が作成され、自立支援を配慮した入浴介助の支援が行われています。</p> <p>また、利用者希望（同性入浴支援要望）の受入れ、介助を拒否された場合は、入浴時間変更等を柔軟に行われています。体調不良、風邪等で入浴できない時は本人に確認し清拭を行われ、変更があればケアマネに報告されます。</p> <p>また、利用者個々の状況に即した配慮や心情を意識した対応や記録を適切に行い、ファイルの整理や管理が行われています。</p> | | |
| A⑧ 5 | A-3-(1)-② 排せつの支援を利用者の心身の状態に合わせて行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>アセスメント情報等入所時点の評価、検討による支援計画に基づき、利用者の心身の状態に沿った介助が行われており、排泄マニュアル、ケアプランに沿って支援されています。</p> <p>利用者個々の尊厳や羞恥心の配慮及び安全面や衛生面（清潔）の環境を整え、更にADL（日常生活動作）に応じた排泄動作を評価、検討が定期に実施されています。</p> <p>利用者の身体状況を把握し見守り、一部介助等行い安全な排泄支援が行われています。</p> | | |
| A⑨ 6 | 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 |
| <p><コメント></p> <p>医療法人他組織機関と連携した（OP/PTと相談等）福祉機器や道具（福祉用具）の設置（利用）等による利用者個々の心身状況に適応した環境整備及び自立支援に必要なケアカンファレンスを行うなど、利用者の動作方法等の評価、検討による移動時の転倒防止や支援・介助等を職員間で統一された移乗、移動マニュアル、ケアプランに沿った移動支援が行われています。</p> <p>杖歩行、老人者使用の時、見守り等行い安全を確認します。</p> | | |

| | | |
|---|---|---|
| A-3-(2) 食生活 | | |
| A⑩ 7 | 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 |
| <p><コメント></p> <p>食事マニュアル、ケアプランに沿って支援され、利用者の意向、好みを聞き確認し調理をされます。</p> <p>入所時のアセスメント時に利用者本人の心身状況に即応し、食べる事が元氣と健康の源であることから通常食、治療食、キザミ食等、食事形態の説明が行われ、利用者の要望（アレルギー等含む）に応えた食事の提供及び利用者（マンション入居）への食事の持ち運び等（病気等）が行われるなど、利用者の心身状況（成人病等）を配慮したものから嗜好（味覚）及びに合った食事の工夫が行われています。</p> <p>食事を美味しくたべるために「衛生管理」や「感染症対策」に関する勉強会も定期的に行われ、安心・安全な食事提供に努められています。</p> <p>サービス付き高齢者向け住宅（シニアマンション）の食事（1日3食提供）は、利用者のご満足度調査（年間1回）及び家族会等での意見・要望による食事内容等改善の工夫が図られています。</p> | | |
| A⑪ 8 | A-3-(1)-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 |
| <p><コメント></p> <p>健康状態を把握し調理をされ、利用者の嚥下能力や咀嚼状況及び意向を踏まえ、食事形態や用具（箸、スプーン、食器等）の選定が行われ、安楽な姿勢（足台利用等）で食事ができる環境を整える等、利用者の体調に配慮した調理や介助支援が行われています。</p> <p>定期のカンファレンス等関係部署（看護師、ST・OT等）との連携による摂取介助方法（飲み込み含む）等の評価が行われています。</p> <p>利用者のペースで食べられる事を尊重し配慮され、ケアマネ、ヘルパーステーションやシニアマンションの厨房と連携しておられます。</p> | | |
| A⑫ 9 | A-3-(1)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>口腔ケアマニュアルに沿って支援され、自分で出来る方は一人で行ってまいります。できない方は準備や後片付け、義歯等の洗浄を手伝われます。</p> <p>また、義歯装着利用者の義歯破損や不具合等は、本人と相談しながら家族等への連絡による受診が行われています。</p> <p>口腔内の不衛生（不潔）が誤嚥性肺炎につながる事や社会との交流時に悪影響である事など職員間での知識、認識を深め、日常の口腔ケアに活かせるよう取り組まれています。</p> <p>サービス実施記録についても適正に行なわれ、相互の口腔ケアに関する情報共有等の継続された取組みとして、関連事業所（グループの介護支援専門員・看護師等）へ報告が行われています。</p> | | |

| | | |
|--|---|---|
| A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア | | |
| A⑬ 10 | A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>褥瘡予防マニュアルに沿って支援されます。</p> <p>利用者の身体の状態に応じ、排泄ケア、入浴時に褥瘡の発生の見逃さない取組みとして、皮膚の状態観察等が行われ、利用者の皮膚の清潔さを保つ援助等の気づき時は、関連事業所（病院等）と連携するなど早期の処方や悪化対策（軟膏塗布対応含む）が行われ、臥床時の自力での寝返り出来ない場合の体位交換の支援が行われています。</p> <p>褥瘡委員会（月1回）の対策会議による早期発見（どのような時に発生するか等の原因分析）や職員間での情報共有による悪化防止、未然防止対策及び必要に応じた関係事業所（グループ病院、健老等）との体勢等のポジショニング（床や車椅子等）及び福祉用具（低反発クッション等）の検討や評価、スキントラブルの予防、改善につながる情報共有等の連携が行われています。</p> | | |
| A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養 | | |
| A⑭ 11 | 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て、取組みを行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>訪問介護での喀痰吸引と経管栄養の実施登録申請は行われていません。</p> <p>現行でも利用対象者はいないが、2名の職員が喀痰と吸引の実技と研修事業試験に挑戦する等、知識習得や職員間での共有（レクチャー等）が行われています。</p> <p>利用者対象がある場合は、訪問看護と連携した取組みが行なわれています。</p> | | |

A-5 機能訓練、介護予防

| | | |
|---|---|---|
| A-3-(5) 機能訓練、介護予防 | | |
| A⑮ 12 | A-5-(1)-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 |
| <p><コメント></p> <p>当施設のサービス付き高齢者向け住宅（シニアマンション）として、日常の生活の中で、生活リハビリを意識した支援の取組みが行われています。</p> <p>利用者の日常の何気ない言動やクセ（ルーティーン）等での気づきや心身の変化等を受けとめ、早期の対応、対策が必要な場合は、家族及び介護支援専門員へ報告が行われています。</p> <p>また、訪問介護計画に沿って訪問支援を行い身体機能の低下しないよう介護支援専門員や関係機関と連携されています。</p> <p>日常生活の中で自ら機能訓練や予防も取り入れながら、シニアマンション入居者の全体の活動として、「いきいき体操」（月1回）も行われ、楽しく機能の維持や予防対策が行われています。</p> | | |

| | | |
|---|--------------------------------|---|
| A-3-(6) 認知症ケア | | |
| A⑯ 13 | A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>関連事業所（養和病院）による定期的な職員勉強会を開催し、認知症ケアの基本や身体拘束廃止の研修等、新しい知識習得に努められています。</p> <p>更に、認知症を発症しても「一人の人」として、職員が関わりを持ち、出来る能力をいかに継続して生活に生かせるか、症状を理解され支援されています。</p> <p>認知症の機能低下の早期発見に努め、介護支援専門員を通じて医療機関等に繋ぐようにされています。</p> <p>シニアマンションの環境での集団的な生活ができない状況が出た場合は、事前に家族等への相談を丁寧に行い。利用者（家族含め）の理解や承認（同意）に基づいて、環境を整えて安心して生活ができる取組みが行われています。</p> | | |

| | | |
|---|---|---|
| A-3-(7) 急変時の対応 | | |
| A⑰ 14 | 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、取組みを行っている | a |
| <p><コメント></p> <p>マニュアルに基づき、体調異変時には、緊急連絡先系統図・手順に沿った取組みが行なわれています。</p> <p>急変時、家族及び関係事業所（介護支援専門員・・119番対応等）へ体調の症状を報告・連絡・相談による適切な対処を行う体制が確立されています。</p> <p>緊急時対応として、AED講習や救急救命講習にも参加する等、勉強会が定期的に行われています。</p> | | |

| | | |
|---|--|---|
| A-3-(8) 終末期の対応 | | |
| A⑱ 15 | A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組みを行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>終末期の対応マニュアルがあり手順に沿って支援されます。</p> <p>利用者のターミナル期は、利用者の家族等へ定期の情報提供、医療機関や訪問看護との情報共有、緊急の連絡方法、対応方法の確認が行われ、全ての対応内容等を書面に記録して残され、いつどのような事態が発生しても適切に対応する体制が確立されています。</p> <p>終末期（ターミナル）の対応の為、事例等の勉強会や終末期ケアの研修等の対応に関する取組みが行なわれます。</p> <p>入居時に利用者、家族に終末期を迎えられた場合の施設・事業所で対応されます。</p> <p>ケアについて十分な説明をされ対応方法・連絡方法を確認されています。終末期のケアを希望される方がおられます。</p> | | |

A-4 家族との連携

| | | |
|---|-----------------------------------|---|
| A-4-(1) 家族との連携 | | |
| A⑱ 16 | A-4-(1)-① 利用者の家族との連携と支援を適切に行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>利用者、家族に提供記録票で確認してもらい連携されています。</p> <p>訪問時要望等を話された時は、介護支援専門員、ヘルパーステーションに報告し連携されます。及び相談が行われ、必要な場合には訪問介護計画の見直しが行われています。</p> <p>家族等の利用者面会時及び体調不良等の変化は、適切に家族報告が行われ、介護で生活負担を感じられないように、専門的観点からの意見や支援方法等を必要な情報介助や助言等による負担の軽減に取り組まれています。</p> | | |

A-5 サービス提供体制

| | | |
|---|---|---|
| A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制 | | |
| A⑳ 17 | A-5-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取り組みを行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>定期的にケアカンファレンスや研修を開催し管理者やサービス提供責任者による相談、助言が得られる機会を確保しておられます。</p> <p>利用者の担当は複数で対応されています。</p> <p>サービス担当者会議等で介護支援専門員、訪問看護、デイサービスと連携しサービス内容を周知されています。急変時のヘルパー緊急連絡表があり対応をされます。</p> <p>利用者の初回訪問サービス提供時は、サービス責任者が担当職員と同行訪問を行いサービスの確認やアドバイス等による良質のサービス提供に向けた取組みに努力されている。</p> <p>また、ケア前には、「申し送りノート」を活用、新規利用者の場合等、職員間で情報共有するなど安定的に変わらぬサービスの徹底が図られています。</p> <p>利用者の担当は複数で対応されています。</p> | | |