

第三者評価結果

※すべての評価細目（45項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価項目毎に第三者評価機関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。	b
<コメント> ・法人理念及び基本方針は、「私たちの使命」として、体や環境において「不自由」「生きにくさ」を感じている人、可能性のある人に「養護」「介護」「関連する諸サービス」の提供を通して社会に貢献すること、「私たちの目指す姿」として、「人の幸福に貢献することを喜びとする職員集団」とし、「私たちの信念」として、「尊厳」「公正」「有能」「協働」「革新」を掲げて福祉活動に当たっています。 ・上記、法人理念に加えて中心荘第一・第二老人ホーム理念を打ち出し、「利用者の尊厳を守り、サービスの質の向上に挑み続ける、など」、職員の具体的な行動規範を明文化しています。		

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。	b
<コメント> ・運営状況については、中心荘第一・第二老人ホームの管理職が随時把握し、中心会の理事長は「全国社会福祉協議会」の役員も務めるため、全国での業界動向情報も得ながら事業を進めています。 ・設置法人中心会の管理職は、海老名市の福祉関連団体の役員も務めており、地域の福祉関連の状況・情報は逐一入手できるため、本事業所の管理職で問題を分析し、対処しています。地域福祉関連団体役員からの情報で、地域ニーズの変化などをいち早く把握して、事業所の取るべき方向を定めています。		

【3】	1-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「事業計画書」は、前年度の「評価・反省」をもとに、各部署ごとに本年度目標を定め、具体的行動計画も明確にしています。第一・第二老人ホーム所長は、法人理事でもあり、本事業所の課題は必要な都度、法人理事会でも報告しています。 ・「事業計画書」は、年度初めに全職員に配布することにより、内容は全職員で共有しています。各部署における事業計画には、①目標、②目標の背景、③達成手段、④監視測定（進捗状況・達成度確認）の4段階の作業を明示し、各目標ごとに職員で構成される各グループにテーマを分担させて、責任体制を明確にしながら実行しています。 		

1-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
1-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
【4】	1-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人理念、中心会第一・第二老人ホーム理念達成に向かって、毎年度の評価・反省の中から課題を分析、抽出し、事業計画を進めています。中・長期計画との形にはなっていません。事業所には「10年ビジョン」という長期目標を掲げて、この達成のために、事業計画を打ち出し、単年度の具体的行動計画を実行しています。 ・目標は変えずに、事業計画の遂行を持って、PDCAを回しており、中長期計画の見直しはなくても、必要に応じて、目標に対する行動計画を見直しており、本設間には違わないと判断します。 		
【5】	1-3-(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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・理念達成に向かって、毎年度の評価・反省の中から課題を分析、抽出し、事業計画を進めています。中・長期計画との形ではなく、「10年ビジョン」を長期目標計画として行動しています。 ・例えばある部署をみると、事業計画の目標は「ご利用者の生活しやすい環境づくりを、チームで取り組む」などとし、具体的な達成手段に結びつけています。達成手段は、①職員の意識改革；5S学習、②各自の気づきを出し合う；「気づきシート」記入・提出、③具体的改善箇所には、担当リーダー、チームをきめる（5月までに）、④計画立案（5月までに）、⑤毎月職員会議で進捗状況確認など、数値目標も入れて、進捗状況が確認されやすい形となっています。 		

1-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
【6】	1-3-(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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画は、前年度の全職員が参加する目標の、達成度についての「評価・反省」から本年度計画に結び付けており、全職員が関わって策定されています。 ・各部署における事業計画には、①目標、②目標の背景、③達成手段、④監視測定（進捗状況・達成度確認）の4段階の作業を明示し、各目標ごとに職員で構成される各グループにテーマを分担させて、責任体制を明確にしながら実行しています。 ・計画時効期間中であっても、「評価・反省」により、計画変更の必要性が生じた場合には、職員会議にかけ、見直しています。 		
【7】	1-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・2019年度家族会において、2019年度事業計画について説明しています。 ・家族会での説明の後、アンケートを取り、家族の意見も聞いています。 ・事業計画案では、要点を纏めたコピーを手渡し、説明しています。 ・事業計画書は「閲覧可能ファイル」として、玄関の棚に置き、誰でも手に取って、読むことができます。 		

1-4 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
1-4-(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】	1-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に 行われ、機能している。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・2019年度家族会において、2019年度事業計画について説明しています。 ・家族会での説明の後、アンケートを取り、家族の意見も聞いています。 ・事業計画案では、要点を纏めたコピーを手渡し、説明しています。 ・事業計画書は「閲覧可能ファイル」として、玄関の棚に置き、誰でも手に取って、読むことができます。 		

【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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員会議で討議された内容は、会議議事録に記録され、回覧され全職員で共有します。 ・抽出された課題については、各職場に振り分けられて、担当部署では必要なら実行グループの編成替えも行います。 ・テーマ・課題を割り振られた部署では、グループによる具体的対応策を立案し、担当者を決めて実行に移します。 ・本年度の事業計画目標の実践グループが対応することになります。 ・本改善計画の見直しも、PDCAサイクルに則って進めます。 		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・行政への指定申請時の必要書類として運営規程があり、管理者の職務については明確な規定がなされています。 ・事業計画を組織立って進めるために管理者は、家族会などで自分が責任者として実行の決意を表明しています。 ・事業計画の遂行に当たっては、権限を各部署に移譲はするが、責任は管理者が持つ旨、責任体制は明確にしています。 ・管理者の不在代行を含めて、本事業所の管理職会議では明確にしています。また、消防法による避難訓練計画書の中に、管理者を含め、各職責の非常時の役割分担は明記されています。 		
【11】	Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・所長は行政の福祉事業管理者チェックリストに自らが採点する自己評価を行っています。行政に定期的に提出することが義務付けられている「運営状況点検表」には、自らが記入、提出しています。 ・介護保険法の説明会には、所長自ら出席し、結果を持ち帰り、職員会議などで必要ならば討議しています。 ・海老名市は廃棄物量の減量や、ごみの分別を推進しており、事業所はこれに協力しています。 ・職員に対しては「個人情報保護法の遵守」「高齢者虐待防止条例」などについて、自ら企画し、後者は施設内研修を行っています。 		

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
【12】	II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	b
<p><コメント></p> <p>・所長は毎月の職員会議に出席し、事業計画の進捗状況や各事業よりあげられる問題点などを職員と一緒に討議し、改善策を見出しています。所長はその実行の最高責任者として組織をリードし、職員会議以外でも必要な職員同士の打ち合わせ、会議に出席し、意見を述べることもあります。職員とは個別面談を通じて、要望・意見を把握し、職員一人一人には「成長ステージ」と照らし合わせた「個人品質目標」に結びつけ、研修の受講など費用を事業所が持つなど援助しています。職員の質向上に対しては「年間研修計画」に反映させています。</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>・毎月の「管理職者会議」には、所長が記入する「運営状況報告書」を、提示して、全員で問題がないか議論しています。</p> <p>・理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等は事業計画で明確に打ち出し、各部署に展開して取り組んでいます。</p> <p>・2018年度は、事業計画内の「生産性向上プロジェクト」の法人プロジェクトの率先垂範を、本事業所が受け持つことになり、所長、生活相談員、看護師と5名の介護職員、計8名で「タスクフォース」を組み、所長がリーダーとなり本事業所内で進めてきました。現在も一部の取り組みを行っています。</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>・設置法人の総務部には事業計画としての「人材確保計画」があり、正規職員は設置法人採用となりますが、非常勤職員は、各事業所での採用となります。</p> <p>・費用面においては総務部が「上限人件費」を定めており、その枠内での各事業所採用となり、各事業所はそれぞれの「事業計画書」に沿って、人員を採用します。</p> <p>・採用した職員については、現任職員と同様に「成長ステージ」に則った、「個人品質目標」を持ち、施設内研修や外部研修受講を進めていきます。また、資格を取るための外部研修受講費用は事業所が持つなど、費用面で支援しています。入職希望者を紹介した職員に対しては「奨励金制度」があります。</p>		

【15】	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員には、キャリアパスに応じた中心会職員としての「成長ステージ」があり、法人が「期待する職員像等」を明確にしており、職員はその中で将来の姿を描くことができます。 ・新たに資格を取得した時には資格手当が支給され、欠勤などのマイナス面では、給与、ボーナスの減給など、個々の状況によって、査定があります。 ・地域の海老名市、座間市、大和市、綾瀬市などの福祉事業給与水準などには注意を払っております。 ・年1回の職員意向面談で得られた、職員の意向については可能な限り事業計画など運営の中で生かしています。 		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
【16】	Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・<u>職員の有給休暇取得状況に滞りが出た場合には、設置法人総務部より個人名を表面に出したアラームが発せられ、事業所としては如何にして有給休暇を消化できるか職員本人と相談の上、全職員の有給休暇の完全消化に努めています。</u> ・課長、課長補佐は、配下の職員の生活状況、健康状態には絶えず気を配っています。法令による「ストレスチェックリスト」に記入してもらおうなどして、職員の状況把握に努めています。 ・所長は毎月各部署の長とミーティングを行っています。 ・個々人の要望をもとにして、過去には①計画年休取得制度の実施、②忘年会費用の一部支給、③健康保険組合の福利施設利用、等の道を開いてきました。 ・<u>2018年度には、ライフ・ワークバランスについては、本事業所がモデルケースとなり、①残業減対策、②仕事量の減、を職員の聡智を結集しながら進め、その一部を今年度実践しています。</u> ・<u>ライフワークバランスの確立こそが、働きやすい職場であるとして、鋭意、仕事の中身を分析し、改善の芽を探查しています。</u> 		
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 ・事業所における事務、経理、取引等に関するルールは、経理・経営規程に、職務分掌と権限・責任は	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・設置法人では職員が入職する際には「中心会職員の成長ステージ」をまとめた冊子を手渡し、組織として期待される職員像を明確にしています。冊子は正職員、非正規職員を問わず、全員に配付しています。 ・一般職員には、<u>職員のキャリアパスに応じた「成長ステージ」を明確にすることで、年3回の個人面談により上司の助言を受けながら、「個人品質目標」(年間自己啓発計画、研修受講計画、資格取得計画など)を立て、中間期では進捗状況の確認・助言を受けながら、年度末では評価・反省をし、来年度計画に結びつけています。</u> ・「成長ステージ」には目標に対する数値、期限などが盛り込まれていて、容易に進捗状況を計測できるようになっています。 		

【18】	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・設置法人や事業所の理念、基本方針、さらには事業所の「事業計画」の中に、「期待される職員」像を明示しています。「中心会職員の成長ステージ」には、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示しています。 ・事業所は年間研修計画を策定し、教育研修を実施しますが、各職員は自らの「個人品質目標」に向かって、外部研修や外部資格研修を受講します。年3回の個人面談で職員は自らの「個人品質計画」の評価・見直しを行っています。設置法人と事業所は、年間研修計画に対しても、PDCAサイクルを回し、見直しています。 		
【19】	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・新任の正職員には、入職3年目の先輩職員をエルダー制度により、man to manで貼り付け、OJTを実施しています。新任の非常勤職員に対しては、課長、課長補佐によるOJTを実施し、進めています。 ・設置法人及び事業所は年間研修計画の策定に当たっては、職員の職務や必要とする知識・技術水準を考慮して対応しています。 ・資格取得研修などは、参加費・交通費を事業所で負担するなど、参加を奨励しています。職員が一人でも多く参加できるように、施設内研修で同じテーマを3回行うなど工夫しています。 		
Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
【20】	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・実習生受け入れに関しては、事業計画に「後継者の育成として受け入れていく」と明記して進めています。実習生受け入れに関しては「実習のしおり」があり、受け入れに際しては「オリエンテーション」を行い、事業所の理念・基本方針などを説明し、さらに「個人情報の保護」についても説明しています。 ・実習プログラムについては、本人の希望、学校からの要請をうけ、事業所からの都合も合わせて、相談して決めています。 ・実習開始に当たっては、プログラム内容の説明を含めて、学校側と事前連絡を行い、連携して進めています。 		

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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・設置法人や事業所のホームページには、理念や基本方針事業計画、財務内容などを公表しています。地域に配る事業所の広報誌には、地域の福祉向上のための取組の実施状況などを詳しく公表しています。広報誌は年4回、発行しています。 ・地域包括支援センターには、理念・基本方針を詳細に乗せている「中心会パンフレット」を置き、地域の人たちに手に取って見てもらっています。また、地域の自治会には所長が出席し、事業内容を説明しています。 ・事業所の広報誌は、毎年4回、毎回6500部を地域に配布しています。 		
【22】	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所における事務、経理、取引等に関するルールは、経理・経営規程に、職務分掌と権限・責任は組織及び職務権限に関する規程に明記しており、全職員は、職務に必要なルールは入職時に配属先別に説明を受けています。 ・本年度より内部監査は取り止め、各事業所にて定期的に資料を作成し、管理職会議にて承認の上、設置法人本部へ文書にて報告する形としました。 ・本部の理事会には3名の監査役が居り、年度末には会計監査を行います。また、行政監査は引き続き受けていて、指摘事項があれば、速やかに理事会に報告し、改善行動をとります。 		

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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域交流は入所待機者の増加につながる施策でもあるため、自治会の協力を得て事業所の広報誌「えびな福祉NEWS」A4サイズ8Pを年4回発行し、市内全域に回覧し、福祉ニュースや事業所のイベントなど市民へPRし、同時に施設関係者へも配布、地元との交流を積極的におこなっています。 ・公益的取組としては「空き部屋の無料開放」の案内など、地域で掲示しています。 ・近隣の住民多数が集まる毎年のバザーを通じて交流を図っています。 ・中学校2校、高校からの体験入所も受け入れています。 		

【24】	Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ボランティアの受入に際しては、生活相談係の「手順書」の通り、オリエンテーションを行い、注意事項を伝えています。 ・ボランティアがほぼ毎日来所し、利用者の生活に潤いを与えています。施設内のボランティア会には40組が登録し、2018年度年間260組が来所し慰問しています。 ・海老名の「お裾分けクラブ」も延べ320名来所し 草むしり、洗濯物たたみ、演芸、フラダンスなど、幅広いプログラムを提供し好評です。事業所には特養2、デイサービス1、短期入所1施設があるため、分散して活動しているようです。 		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
【25】	Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・設置法人の理事長は全国的団体の役員を、所長は県央4市連合の高齢者福祉協議会に所属し、関係機関との連携は密接であり、必要情報はすぐに入手できてます。 ・関係機関からの重要な情報があれば、管理職会議、職員会議などで説明し、共有しています。 ・介護職員の不足で定員の減少を招くことが当面の最大課題であり、その対処方法に苦慮しているようです。 		
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
【26】	Ⅱ-4-(3)-① 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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・年2回自治会長、地域包括センター職員、家族が参加する運営委員会で福祉ニーズを探り、年4回、加入している自治会会合にも出席し、近隣の福祉動向に気を配り、現在直面している「待機者減少問題」に取り組み、解消すべき方法を模索しています。 		
【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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法律が定める私費での公益的事業として地域住民とのバザー、2中学校からの職場体験、地域10団体に延べ146回空き部屋を無料で貸し出し「海老名市の福祉避難所として施設の提供」、「ひきこもりなどユニバーサル就労支援」に4人を71日間受け入れ、など主体的に活動し 自治会のコミュニティセンター祭り、秋葉山古墳清掃などにも参加した実績があります。 ・2020年度よりホーム内に衣料品などの雑貨の店を呼び込み、利用者の買い物ニーズに応えようとしています。 		

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所では入職者全員へ「10年ビジョン」「中心会職員としての成長ステージ」「事業計画書」の3点セットを配付し、会議で施設の理念が「利用者一人ひとりがかけがえない存在である」ことを認識してもらうと同時に、職員自身も経験年数に応じたステージごとに成長する取り組みを提示、モチベーション維持・向上に努めています。 ・利用者の尊厳を守るために、虐待防止の研修に力を入れています。 ・「態度マナー自己評価表」により、各職員は4か月に1度、「チェックリスト」に記入し、上司との面談を受けています。 		
【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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の尊厳を担保するために他人に知られたくないプライバシーの保護の方法を介助時に確認するよう徹底しています。 ・入浴時には7項目、排泄時には3項目、日常生活では「態度マナー自己評価表」で5項目を例示し、厳守事項として職員は実行しています。抵触した場合は上司がその場で意見します。 ・これらを実行することにより、利用者の尊厳が守られます。 ・介護職員には「守秘義務」が課せられていることを教え、違反した場合罰則があることも研修で周知し、プライバシー保護に対しての強い姿勢を示しています。 		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
【30】	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用希望者にはインターネットでは目につきやすい、スカイ色のホームページで施設内容を紹介し、海老名市全域に回覧される事業所広報誌「えびな福祉NEWS」を年4回発行し、高齢者が陥る日常生活での予防事項や中心会4施設の情報など毎号6400部もの部数を発行し、利用者予備軍へ紹介しています。 ・この福祉NEWSは市内自治会60団体、市内老人クラブ、ケアマネ事業所など配布、海老名市でも有数の認知度を誇っています。 		

【31】	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・契約に当たっては、入所案内、重要事項説明書、契約書などの内容を時間をかけて説明しています。重要事項説明書には、施設概要、運営方針、利用料金と支払い方法、個人情報取り扱いなど18項目が記載され、末尾に説明を受け同意したことを確認しています。 ・入所後の体調変化に伴う配置医師の関わり、看取りなど詳しい説明があります。配置医師と24時間対応ができ、入所者の安心を与えています。 ・入所説明では入所は「引越し」であると明記され、住民票から保険証まで施設所在地への住所変更が必要と説明しています。 		
【32】	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・他施設や家庭へ帰った場合は個人情報の第3者提供の範囲内で記録は提供されサービスの継続は可能です。 ・病気時の扱いについて利用約款によれば入所後病気で入院し3ヶ月以内に退院できる見込みがある場合は、再入所でき、3か月以内の退院が不可能の場合は事業者から退所を求めますが宥恕できるようです。 ・「入院が決まったご家族様へ」のパンフレットには病院の個室と差額ベッドの自己負担額の違いについて詳述し、利用者の不利にならないように、「入院3ヶ月」の情報が大きく書かれています。 		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
【33】	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の満足度の把握はアンケート調査が最適との判断で各部署で行っています。2018年度は「外出・外泊の際の食事の不安」がある利用者に対してアンケート調査を給食係が行い、食事の不安が外出の少なさに繋がっていること、その解消策として栄養士によるアドバイスで不安を取り除き、外出の楽しさを支援するというサービスの変化につながっています。 ・デイサービスでは「デイサービスの満足度」アンケートを行い翌年のサービスに生かしています。毎年アンケートは行われています。 		

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
【34】	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所では苦情解決の仕組みとして職員全員が受付担当者となることが周知されています。解決責任者は所長とし、原則2週間以内に文書による回答をします。 ・第三者委員の名称は使わず、「利用者処遇改善相談員」の名前を使うこと、事業所への直接の苦情申し立てを好まない人は、「匿名」で直接改善相談員へ電話できる体制を敷いています。 ・広報誌には苦情内容 その対処状況を掲載して、ホームの透明度を高めています。 		
【35】	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情申立人に「迅速かつ誠実にその解決に努めます」と、ソフトに語りかける口調の「苦情対応の流れ」のフローチャートが掲示され、意見箱も見やすい場所に設置されています。 ・「おかけになった電話が不明になるようになっていきます」という仕組みがとられていることが、意見を述べやすくしているようです。 ・2019年度は中心荘全体で3件のみでした。 		
【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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情は全職員が対応します。 ・苦情に発展する可能性のある状況を敏感に察知し、所定の帳票で、受付担当者は「解決責任者（所長）」へ報告、所長は全部署へ発信します。 ・受付担当者は2週間以内に事実内容を確認、原因を分析し、「苦情調査書」を作成、改善策を盛り込んだ文書で所長は申立人へ回答します。不満の場合は利用者処遇改善相談員へ審査請求します。審査会で意見の陳述もできます。 ・苦情内容はホームページ、広報誌へ掲載されています。 		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
【37】	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事故防止、衛生、感染症対策、身体拘束ゼロ、などの委員会が設置され、各部署の長が委員会に所属し、マニュアルも整備されています。 ・2018年度報告書では「食べ物をのどに詰まらせる」事故があり、是正指示とその後の研修で「食事介助中の誤嚥事故は迷わずに救急車を呼ぶこと」を確認しています。 ・インフルエンザの流行を2年連続で阻止していることが特筆すべき成果です。 ・利用者の体調急変時にはおかしいと思ったら素人判断せずすぐ119番へ電話するような仕組みをとっています。 		

【38】	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症予防が最大のリスクマネジメントとの意識から、予防対策を徹底し、ウイルスは湿度が50%以下になると蔓延する恐れがあるとして、大容量の加湿器を各ホールに置き湿度をあげています。 ・2017年、2018年と2年連続で、健康管理課主導で全社的な感染症管理を行った結果、インフルエンザ、ノロウイルスの発生を抑えることができています。 ・職員はもちろん来客者にも手洗いやうがい呼びかけ、看護師による研修、管理職による職員への意識徹底研修など、きめ細かなフォローが功を奏しているようです。 		
【39】	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・防災訓練は、火災2回、総合（地震と火災）1回、夜間想定火災1回、ALSOKの一斉メールによる地震・火災通報9回を全職員参加で行い、利用者は夜間想定とALSOKを除き参加しています。 ・食料品の備蓄も7日分ります。 ・防災設備の点検は毎月職員が行い、非常通報装置、スプリンクラーなどは委託業者が年2回点検を行い、災害時に備えています。 ・事業所は敷地が広く高台にあるため市の避難所として提供しています。 		

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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・中心会では法人単位でISO9001の認定を受けていましたが、今年度中心荘等一部の事業所は認証取得していません。しかし持続的に標準的なマニュアル類を整備し、文書化は完備しています。 ・詳細な作業マニュアル、チェックリストがあり、毎年初心者、中堅職員対象の教材として、また、実践マニュアルとして研修教材に使用されています。 ・2019年度から所長交代を機に、全社的に手順書の見直しに着手しています。 ・OJT状況把握から作業が始められています。 		
【41】	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・日常的に使っている手順書は実態に即しているか、非効率な部分はないか、法令の要求する点を満たしているか、必要があれば見直しする作業を毎月管理者が行っています。 ・マニュアル類の見直しは管理職が行い、修正作業は各部署で行う仕組みです。 		

Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。

【42】Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。

a

<コメント>

・ICF（国際生活機能分類）という概念をもってして、「すべての人が生活の中で関わる健康上のあらゆる問題（ニーズ）」に真摯に向き合い、よりその方の生活が豊かなものになるように試行錯誤を繰り返しており、その中で、ICFによる情報整理シート（根拠）に基づき「生活7領域からとらえた解決すべき課題」のシートを活用して利用者の課題を抽出し、「施設サービス計画書」を作成しています。

・生活7領域とは、「衣生活」「住生活」「食生活」「体の健康（疾病、排泄等日常動作）」「心の健康」「家族関係」「社会関係」であり、課題抽出するために有効なツールです。

【43】Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。

b

<コメント>

・事業所は「包括的自立支援プログラム」を参考に作成してきたケアチェック表をアセスメントツールとして活用してきましたが、これをICFに基づいた7領域アセスメントに変更しました。1人の利用者につき年4回、3か月ごとにプランを見直し、「施設サービス計画書」を作成しています。そのため月2回検討会を開いていて、利用者の参加は難しいので家族の参加を求めています。

・その時の使用情報は、利用者にかかる毎日の特異な変化を記録した「ケース記録」です。日付順に分類された情報がパソコンに担当者により入力されたデータで、全員のケース記録と毎日施設内で起きたことが一覧で出力され、個人ごとの記録も日付順でわかる仕組みです。

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

【44】Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。

a

<コメント>

・一番重要な情報である利用者個人ごとのケース記録は充実しており、利用者の現況を把握するツールとして機能しているようです。

・しかし職員からより詳細な記録を求められています。その背景には介護職員の気づきで食事が自前でできるまでに回復させたケースで神奈川県介護最優秀賞を獲得した例、2018年の「かながわベスト介護セレクト」に選ばれた例などに触発されて、より高次のケアを望む職員の意欲が垣間見えます。

・記録フォームの統一化、報告書の書き方、社内ネットワークの使い方を「使う立場」での再考を求めているようです。

【45】	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none">・利用者の個人情報外部には流出しているケースはありません。・利用者個人情報の第三者提供はその範囲を「個人情報使用の同意書」で定め、出入りの委託業者には契約書で利用者に関する情報を外部に漏らすことは禁止されています。・受託業者には業務要領書でも規定しています。・パソコンのUSBなどの記憶媒体の家への持ち帰りは所長の許可が必要です。		

第三者評価結果

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工夫している。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の1日の過ごし方は、過去の生活歴を調査・記入したフェイスシート、「生活7領域から解決すべき課題」、配置医師から提供される診療情報や看護サマリーを勘案して作成する「施設サービス計画書」を参考にしています。生活7領域とは、衣生活、食生活、住生活、疾病・排泄等の体の健康、心の健康、家族関係、社会関係の各領域です。 ・「ICFによる情報整理」をもとに分析し、本人の望みとそれを促進する因子、阻害する因子などに、介護職員、ケアマネが意見を加えた詳細な記録で、「サービス計画書」は3ヶ月ごとに検討会議で見直し、更新されてゆきます。 ・ホームでは身体の状況と生活の楽しさを配慮したプログラムを組み、生活の中心である食事には注力しています。主食、和食、中華、おやつメニュー各23品の中から自由に選択できる食事が提供されています。郷土料理、季節料理、出前もとれます。入浴も個浴、座位式、臥位式と身体状況に応じた浴槽に週2回必ず入浴します。レクレーションも6種類あり快適な毎日の生活を送れるような体制で実施されています。 		
【A2】	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。	
<p><コメント></p>		
【A3】	A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に応じた生活支援(生活相談等)を行っている。	
<p><コメント></p>		
【A4】	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> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の無言の思いを敏感に察知し、アセスメントを行い身体機能を向上させた例があり、神奈川県知事表彰を受けました。 ・家で食事が全介助だった入所者を介護職13年の女性職員が「利用者のできることを見つける」という積極的なアセスメントを行い、栄養士、看護師、PTと連携し、自分で食事ができるまで回復させた事例です。「できない」からでなく「できること」を始めようと機運がホームに生まれました。 ・意思疎通の難しい利用者から介護職員は表情、しぐさ、身体の動作から意向を探り、月2回来所する傾聴ボランティアからの情報などを受けて、その日のうちにケースファイルにインプットしています。個人別ファイルには「楽しさ」「生活」など重要な事項が日付順に記録され分類されています。同時に全利用者の情報も日付順、項目別に一覧出力でき、職員は情報の共有に利用しています。職員は、失語、視力、聴力の弱い人向けの会話の仕方も研修で習得しています。 		
A-1-(2) 権利擁護		
【A5】	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。	b
<p><コメント></p>		

- ・2019年度事業計画で「身体拘束ゼロの介護」を取り上げ、身体拘束の事例を11分類して、それが何故禁止されるのか、自分の身に置き換えて考えることを職員に問うています。「事故防止」「欠勤者のため人手不足からやむを得ず」などの非常事態の理由でも拘束は許されるのか、権利侵害の根源的な問いを職員が共有することで高齢者虐待の予防に役立てています。
- ・拘束した場合の手続き、理由は記録される仕組みです。事例はありません。
- ・拘束の原因となる利用者の行動が事前にアセスメントされていればそのリスクは防げたはずではないかというより高次のスキルの追及が議論されています。歴史ある施設の強みを感じさせます。
- ・虐待は仕組みの中では「事故」と定め、行政にも報告し 再発防止の規定はあります。身体拘束とともに年2回職員研修、年4回の各部署の長による委員会が開催され、必要な指導、啓発が職員に対してなされています。

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		
【A6】	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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・敷地内には2棟あり中心荘第一老人ホームは築40年を経過した鉄筋コンクリート3階建てです。傾斜地に建ち3階が玄関です。遠くに大山 丹沢山系が望見でき、春には眼下に桜が咲き乱れます。 ・定員50名の老人ホームと デイサービスがあり、建物内は2年前から取り組んでいる5S運動（整理、整頓、清潔、清掃、躰の頭文字）の成果の現れで清潔です。この全職員の5S運動は「気づきシート」にまとめ、担当を決め改善を図りつつあります。 ・2018年度重点課題として「サービスの質の向上」を目指し、「できることをしよう」と近隣のすし店へ4人が出かけ、桜の花をみながらの食事をし、また就寝時の着替えなどにも挑戦し利用者の生活が快適になるようなサービスの改善が見受けられます。 ・本ホームでは居室清掃 ベッドメイキング、利用者の衣替え、適した衣類の提供、整容など利用者が快適で楽しい生活を送れるよう配慮しています。共用部分は利用者がほぼ1日中座り、テレビを見たり、利用者同士談笑し、耽っている姿を多く見受けられます。利用者本人調査では、ほぼ全員が「満足です、なにも不足はありません」と語っています。 		

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		
【A7】	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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・入浴は清潔感という気持ちの良さや血行の良さを促す効果があるため週2回入浴が義務づけられています。 ・生活7領域の「体の健康」欄で入浴形態が示されており、本人の希望で時間を決め、全員の「入浴表」と「入浴誘導・清拭表」のシートが作成され、関係3係に配布され準備が行われます。一人で入れる個浴、座ったまま入る座位式浴槽、寝たまま入る臥床式などで、入浴介助者の人数を決めます。 ・入浴時の寒暖差を生じさせないように室内温度は25～28度、湯温は39～41度と常時適温を保っています。 ・入浴の事前準備として浴槽の点検係 入浴物品係、入浴場清掃係と担当がわかれており、相互の確認しながら介助しています。 ・湯の入れ替えは給湯タンクで塩素でろ過して5人をメドに湯を入れ替えます。 ・浴室の中はカーテンで仕切られ、必ず閉めるというプライバシーへの配慮があります。 		

【A8】	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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・歴史ある施設だからこそできる排泄時の微妙なプライバシーに配慮した介助テクニックがあり、実行されています。 ・全員の「排泄表」が一覧表で尿と便に分かれ、その排泄の態様とその対応が細かく、個人別に管理されています。 ・ベッド上でのオムツ交換者、尿、便意なしトイレ、ポータブルトイレで排尿あり、尿便あり介助必要などにグループ分けされ、排便時の状態<普通、軟便、下痢便、水様便>、量<こぶし大、少量など>など詳細に把握され、健康状態の判断に使われています。 ・個人により使用する排泄具が違い、排泄場所も違うため支援方法が違い介護職員は注意深さが要求されます。利用はトイレが多いのですが、居室やベッドの上でする人、ポータブルトイレ、差し込み便器、尿瓶など多様です。オムツ類でも紙オムツ、防水パンツ、紙パンツ、パッドなど使用し、それぞれにその取扱い方法が決められています。例えば「トイレ介助」だけで20の確認項目があるほどです。 ・下着は1日1回全員取り替えます。多種多様な排泄具の正しい使い方や、排泄が密室で行われるために、プライバシー保護の必要から多くの確認項目があり、カーテン、ドア、下着類の脱がせ方などきめ細かいです。 		
【A9】	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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所では、車いすの利用者が2割ほどいて、その移乗時の介助に事故が起きないよう「持ち上げない介助」を実践し、スライディングボード、シート等を利用することにより、利用者のケガや職員へのケガの配慮を行なっています。 ・施設サービス計画書では「基本動作」の確認が行われ、予想される移動の形態により各々介護スキルが「OJTチェックリスト・障害別介護技術」で克明に記述され、職員のスキル向上の目安となっています。 ・利用者の身体状況は「生活7領域」の「体の健康」欄で医者、PTの評価により生活の機能向上のための介助が決められてゆきます。ベッド上の体位交換、側臥位、座位保持、座り直し、立位、歩行介助では階段昇降、杖の場合、車いす、砂利道、段差介助、ステレツチャー、椅子での移乗など利用者の動作を予測し、それをヘルプするテクニックを研修で身に付け、利用者の安全な動きと機能向上をフォローしています。 		
A-3-(2) 食生活		
【A10】	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の食べたいものを年2回、各自のアンケート結果から抽出して取り上げ、一人一品ずつ、50人の利用者の順番で食事として出しています。正月のおせち料理から始めて季節ごとの料理も提供しています。日本全国の郷土料理を、観光名所などをポスターで紹介しながら、食べつくすイベントを実行中で、現在は、全国をふた回り中です。 ・シーズンにはお祭り屋台風風にワゴンを持ち出して、利用者の前で調理し、焼き立てのハンバーグを即、利用者提供したりして、喜ばれています。 ・中心荘作成の衛生管理マニュアルがあり、チェックリストに基づいて、定期的に清掃を行い、清潔を保っています。第一介護課の事業計画に、清潔、整頓、清掃、清潔、躰け(5S)を掲げ、清潔に配慮しています。現在は、給食委託業者と一緒に、ノロウイルス対策など、感染症予防に取り組んでいます。 ・食事の選択については、大きくは年2回のアンケート調査で、また、誕生日食の希望を取り入れています。毎日の食事では、ごはん以外にパン食、サンドウィッチなど、日替わりでなく定常的な選択は受け入れています。 		
【A11】	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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の心身の状況に合わせて、カロリー対応を実施し、嚥下能力の低下が問題になる利用者には、食事の前の会話や歌を通じた発声動作を促したり、介護職員による頬マッサージを施術しながらの食事介助を行っています。 ・利用者の食事ペースは利用者本人のペースを大切にしていますが、食事が遅い原因が、手の動きなど身体能力からくるものなのか否かも十分分析の上、多種類の自助具や、上下高さ調整可能なサイドテーブルを用意し、試行しながら対応しています。 ・利用者の食事摂取量と水分摂取量に関しては、「一日チェック表」の中の「水分摂取表」「ケース記録」の中に摂取状況を記録し、随時アセスメントを行い検討の上、食事の提供、支援・介助について見直しを行っています。 ・一人一人の利用者に対して随時、連続3日間の栄養マネジメントに関する調査を行い、分析・解析の結果問題があれば、食事に関する見直しを行っています。 		
【A12】	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b
<p><コメント></p>		

- ・入所時のアセスメントでは利用者の口腔状態を綿密に調べ、その保持・改善案を施設生活の介護計画書に盛り込み、利用者自身が自らケアし続けるように支援しています。
- ・口腔ケアのために、利用者が自ら行える口腔マッサージ方法や声出し(歌などを歌う)方法について、職員は外部研修を受けています。
- ・施設では月4回の契約歯科医の往診を得て、利用者一人一人の口腔状態を確認してもらうとともに、保持・改善についての助言・指導を得ています。
- ・アセスメントや歯科医の助言をもとに施設生活の介護計画書を作成し、利用者の口腔ケアを支援しています。
- ・食事前の摂水や口腔マッサージ指導、声出しの励行など口腔機能の保持・改善を支援しています。
- ・施設ではマニュアル「医療関連行為における注意点」に口腔ケアの目的や手順を定めており、日々利用者の状態チェックを行っています。

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア

【A13】	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	b
-------	-----------------------------	---

<コメント>

- ・施設では関係部署合同の褥瘡対策のためのマニュアルを作成し、褥瘡の発生予防・ケアに努めています。
- ・一人一人の利用者についての薬やケア方法について看護師が介護スタッフに説明しながら対応しています。
- ・利用者の褥瘡の状況は写真にとるなどして、また、入浴時などに皮膚の状況を確認し、関係する職員間で的確に共有し、看護師、介護スタッフが連携して、予防・治癒に向けた介護を行っています。
- ・医師による指示書からケアプランを策定し、これを個人向けマニュアルとして、看護師、介護スタッフで介護に当たっています。
- ・看護師は褥瘡ケアの最新情報を外部研修受講などで入手し、必要なケア方法は施設の「業務要領書」に盛り込み、日々のケアに生かしています。
- ・褥瘡治療には「高タンパク質食料」が必須のために、コーヒー牛乳や高タンパクゼリーなど特別に提供し、皮膚状況の改善に取り組んでいます。また、褥瘡を起こす利用者は低栄養状態にある高リスク者であるとの前提で、2週間に一度アセスメントを行い、必要に応じて食事内容の変更を行っています。

A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養

【A14】	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。	b
-------	---	---

<コメント>

- ・施設では喀痰吸引・経管栄養の実施の管理責任者は所長で、内科、精神科の配置医師が補佐しています。施設生活介護計画書には喀痰吸引・経管栄養の実施を個人別に盛り込み、施設のマニュアル「医療関連行為における注意点」には、ケアの手順について詳細に規定しています。
- ・喀痰吸引・経管栄養の実施は配置医師の指示のもとに、担当看護師と介護スタッフが連携して対応しています。
- ・入所者に対処する際には、職員一人一人に担当する看護師が立ち会い、職員に対する個人指導も行っています。
- ・施設内では担当看護師による介護スタッフ向け研修を定期的に行っており、全介護スタッフが受講し、全員が対応できる体制にあります。

A-3-(5) 機能訓練、介護予防

【A15】	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
-------	---	---

<コメント>

- ・毎週1回、理学療法士が来所し、利用者の状況を把握し、機能訓練に関して担当する職員の入所者に対する対応について助言を行っています。
- ・入所者一人一人の状況に合わせて、理学療法士は機能訓練に対する対応の仕方を助言するとともに、実際の訓練を行い、率先垂範しています。
- ・第一特養では、職員は理学療法士の助言をもとに、利用者の日々の生活の中で機能訓練や介護予防活動に向けて、意識的に対応しています。
- ・施設生活介護計画の中で、機能訓練を位置付け、生活リハビリテーションの実施と理学療法士による評価を行い、ケアを続けています。
- ・介護の中で異常な変化が生じた場合には、直ちに配置医師の指示を仰ぎ、関係職員で協議し、速やかに対処しています。

A-3-(6) 認知症ケア

【A16】	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b
-------	--------------------------------	---

<コメント>

- ・認知症は、アセスメントの中で生活7領域(①衣生活、②食生活、③住生活、④体の健康、⑤心の健康、⑥家族関係、⑦社会関係)の「④体の健康」の「生活機能向上の阻害因子」と位置づけ、けがなどの重篤な状況を回避するために重点的に対応しています。また、ICF(国際生活機能分類)に沿って、マイナス要因をカバーし、社会復帰を目指す対応も模索しています。
- ・職員は認知症への対応技能として、研修、OJTなどを通して「ユマニチュード」(認知症への関り手法)を習得し、対応しています。
- ・行動・心理症状(BPSD)に関して、ベッドなどで自分で起き上がり、転倒の危険性大の場合には寝るときは「起き上がり検知センサー」を設置させてもらう場合もあります。夜間の安全を考えて、夜勤職員の居る事務室の隣の部屋への引っ越しなども行っています。
- ・各職員は「ユマニチュード」(認知症への関り手法)などの最新知識は外部研修への受講や、施設内研修でのDVD鑑賞を通じて習得しています。
- ・利用者の自分の部屋のベッドの位置替えや、利用者が安心できる模様替え、部屋の入口への好きな人形などの飾りつけなど、本人の希望に沿って支援しています。食事では他の人と話が弾むように、相席順などにも配慮しています。
- ・職員は、朝・夕のミーティングや月一度の職員会議、3か月ごとのカンファレンスなどで情報を共有し、対応について協議して介護に当たっています。
- ・利用者の行動・心理行動(BPSD)については特に、配置医師、看護師、関係職員で定期的にカンファレンスを行い、支援内容の見直しを行っています。

A-3-(7) 急変時の対応

【A17】	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。	b
-------	---	---

<コメント>

- ・施設には緊急時対応マニュアルがあり、利用者の変化には直ちに、配置医師、看護師、関係する介護職員で対応し、契約医療機関を連携して対応できる仕組みがあります。
- ・利用者の日々の健康チェックは、バイタルチェック表に記入して、職員間で引継ぎを行い、情報を共有しています。
- ・ケース記録に継続的に利用者の健康状態を記録しており、異常が生じた場合にはすぐに発見できる体制にあります。
- ・看護師は随時、使用している薬の効能や、利用者の健康状態、病気に関して、関係する職員に場を設けて説明し、介護職員が介護に当たっています。
- ・施設には「OJTチェックリスト」があり、この記録を通じて関係する職員が、理解を深められるようにしています。
- ・「健康管理課業務要領書」により、服薬管理に関しては担当する看護師がこれにあたり、その指示に従って介護職員が対応しています。

A-3-(8) 終末期の対応	
【A18】	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、取組を行っている。
b	
<コメント> ・施設の「看取り介護についての方針」により、看取り介護の手順が示されています。 ・配置医師の医療機関との連携で、看取り介護を行える体制にあります。 ・利用者及び家族については、しかるべき状況になる前に話し合いを行い、意向を確認し、ケアプランを作成しています。利用者の嗜好や家族の希望も伺い、利用者にあった最後が迎えられるように取り組んでいます。 ・年に1回、関係する職種に属する職員に対して研修を行い、知識を深めています。研修で学んだことや、資料を活用しながら、利用者のみならず、家族に対しても支えとなるように対応しています。 ・週末に携わった職員には、事後アンケートを実施し、実施後の職員の精神状況なども把握し、事前研修などでの対応に配慮しています。 ・利用者、家族からの意向で、施設内での対処を希望された場合には、その体制は出来上がっています。	

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		
【A19】	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。	b
<コメント> ・「業務要領書; 家族への介護についての情報提供」により家族とのやり取りは、基本的には生活相談員がこれに当たり、定期的及び必要が生じた場合には、即電話、メールで報告しています。 ・報告したこと、内容については「ケース記録」の記載し、報告漏れの内容に管理しています。 ・年1回の家族参加の総会及び年4回の家族代表が出席する役員会議にて、また、年4回「施設サービス検討会」を全利用者家族を対象に招集を行い、約50%の家族の出席を得て、サービス内容を説明したり、要望、意向を聞き取ったりしています。 ・家族からの希望があれば随時、面談機会を持って、内容は「ケース記録」に記録しています。 ・事業所は利用者が年何回かは、施設を出て家族のもとに帰る「外泊支援」を行っており、利用者は楽しみにしています。		

A-5 サービス提供体制

		第三者評価結果
A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		
【A20】	A-5-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。	/
<コメント>		