福祉サービス第三評価結果の公表様式〔高齢者福祉サービス〕

①第三者評価機関名

(株) 第三者評価機構 静岡評価調査室

②施設・事業所情報

名称：特別養護老人ホームきらら藤枝	種別：介護老人福祉施設	
代表者氏名：阿部智弘	定員（利用人数）：	70名
所在地：藤枝市八幡198番地		
TEL：054-646-6766	HP：http://www.kenminkouseikai.net/	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成18年10月24日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人県民厚生会		
職員数	常勤職員：38名	非常勤職員 21名
専門職員	（専門職の名称）13名	生活相談員：1名
	医師：1名、看護職員：6名	介護支援専門員：2名
	管理栄養士：2名	機能訓練指導員：1名
施設・設備の概要	（居室数）70室	（設備等）
	食堂7室、浴室4室、医務室1室	3階建て（特養は2・3階）、建築後16年経過。

③理念・基本方針

【理念】

「きらら」とは「心の通う憩いの場」わたしたちは、輝かしく過ごされたご利用者様の半生に深い尊敬と共感の心をお伝えしたいと願い、そのために、どんな時もきらきら輝く笑顔があふれている施設を目指す、それが私たち県民厚生会「きらら」全職員が共有する使命です。

【運営方針】

- 1) お客様の立場に立って
命の尊厳を守り、誠意あるサービスの提供に努めます。
- 2) 健全な事業運営
法令を遵守し職員相互扶助と効率作業による事業の安定化に努めます。
- 3) 地域とともにある施設
地域交流による開かれた施設を目指します。

④施設・事業所の特徴的な取組

1) 「にっこり、ほっこり」の取組

ご利用者のプラス面に着目し「にっこり」された事例を報告・共有しあい、業務の一助としていく。

- 2) 「おやっと、発見」の取組
些細なことを含め、気づき発見した事案を報告・共有しあい、業務の一助としていく。
- 3) 「職員バースディプレゼント」の取組
全職員へ記念のお菓子を贈り、日々の労をねぎらうとともに、感謝の意を伝える。お菓子は障害者施設より購入し、支援につなげる。
- 4) G O M I ウォークの取組
職員が健康保持のためにウォーキングしながら施設近隣のごみ拾いを行い、地域の環境美化に貢献する。
- 5) その他、公益的取組
買い物移動支援活動（施設車両を利用）。
カーブミラー清掃（安全対策）。
- 6) きらら祭り、その他イベントに、ボランティア受け入れ。
※ただし、コロナ対策で現在は受け入れ休止中。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和3年8月1日（契約日） ～ 令和年2月28日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	1回（平成26年度） 平成27年4月13日（評価結果確定日）

⑥ 総評

- ◇特に評価の高い点
- 法人責務を果たすべく地域に尽す事業に取組み、地域と共に歩んでいます
法人全体で「公益的取組」に力を入れており、当事業所では「買い物移動支援」に令和元年から「藤枝市移動支援事業」として取組んでいます。広幡地区社協の「高齢者の支え合い地域づくり」活動に協力するもので、主に自力での買い物活動が困難な65歳以上の高齢者の移動支援をおこなっています。毎月第四火曜日と取組回数と日時を定め、交流センターをスタートして各戸を訪問し、地域のスーパーマーケットまで送り届け、買い物が終わったら行きと同じく各戸まで送り届けています。地域のお年寄りの笑顔に触れ、地区社協との連携強化にも実り、何より地域住民の切実なニーズであるとして、事業所も職員もやりがいをもって継続の意向を固めています。
※「機能訓練体操やアクティビティを地域サロンへ届ける」「カーブミラー清掃」「環境美化をしながらの散歩するGomiウォーク」も継続中。
- 気持ちの良い職場環境を第一に考え、そのための施策に余念がありません
「心の通う憩いの場（理念）」であるよう、利用者と職員のきらきら輝く笑顔があふれることを念頭に置き、「にっこり、ほっこり（※1）」「おやっと、発見（※2）」「職員バースディプレゼント（※3）」などが励行されています。また、「共同決定委員会」と命名した労使協議の場を平成20年から導入、労働側代表と使用者側代表が年2回会して就業規則の改定など働きやすい職場作りを推進しています。

- ※1 利用者のプラス面に着目し、思わずにっこりした場面を切り取り、職員が「にっこり、ほっこり」BOXに投函。接遇委員が回収の上掲示。掲示を他の職員が見て共感したら「いいね」シールを貼る→利用者のプラス面の発掘、職場内のコミュニケーション増幅、やりがいの発見などの効果をねらいとする
- ※2 施設内のスペースでの気づき、そのとき行動について記録をとっていく
- ※3 職員へ記念のお菓子を贈呈する

◇改善を求められる点

○経営課題の優先順位を整備し、フットワークを高めていくことを期待します

「志高く丁寧に取り組む」という文化が培われていることは5Sの高さや用務に渡って手厚く人材を置く手配等に表れている一方で「優先順位をつけて取り組む」ことが薄く、特に「緊急（急ぎ）」か「重要（大切か）」の判断が成されていない面が見られます。幾つかの課題は明確となっていて、それらと密接に関係する点で重要かつ緊急は採用活動であったと思われませんが、他の急ぐことに追われて手つかずとなっていました。また、これらは「やろうとしていたができなかった」ではなく、計画にもあがっていなかったことも残念な点です。何が重要で緊急なのかを洗い出し、計画策定、実践、次の段階に向けた見直しのマネジメントサイクルが適切に推進されることを期待します。

○介護の資格や技術以前に、組織人の育成が推進されていくことを望みます

「職員のきらきら輝く笑顔が溢れる」ことを目指し、幹部も職員には、仕事を通じて体験しうる辛さや苦しさよりも、楽しさややりがいを糧に成長してほしいと願っています。そのことがプラスに影響していることとして、職員がのびのびと自由闊達な意見を挙げていることが確認できています。ただマイナスな事もあり、「自分の業務やほかの職員の仕事、あるいは事業所がより良くなるためにつながるのか」といった方面の熟慮が足りず、目前の個人（もしくは少人数のグループ）の利得に動く事例が幾つかあることです。自身の発言が周りを良くするきっかけとなり、事業所ひいては利用者本人・家族、地域からの評価や業績まで、広義な「良くする」に影響を及ぼせることなのか、「何が問題か」「その問題をどう解決するか」「対策を施してみようか」「より効果的な方法を見つけられるか」、いわゆる組織人としてのPDCAサイクルが一人ひとりに身につくようエルダー制度の導入、オン・ザ・ジョブ・トレーニングの浸透を期待します。

○適材適所の人材配置と中立公正な人事・賞罰が運用されるよう期待します

前回平成27年度受審において「特に改善が求められる点」として7点の列挙がありますが、大半のものについて取組改善がなく、他の事柄についても対応の遅延が見られます。また現在の特別養護老人ホームの現場業務における中核を成す「認知症と認知症ケア」の知識が不十分との点を確認されていることも気がかりで、総じて必要な取組が後追いとなっていると受け止めます。組織の代表者をはじめ役職者の交代や、主となる職員の退職が重なったことで、兼務で仕事をおこなうこととなり、遅延や後追い仕事となるのは「マンパワーのオーバーフロー」「適材適所が機能していない」ことが影響しているものと思われ、組織と人材のマネジメントを見直すことを強く期待します。現在励行している公益的な取組は有意義なこととして続けて欲しい反面、「外より中により多くの時間をとる状況にある」と考えるほど危機

感をもって欲しく思う次第です。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受審したことで、私たちに「何が足りないのか」具体的課題が浮き彫りになりました。ご指摘を受けた「改善を求められる点」につきましては、真摯に受け止め、令和4年度事業計画の重要課題として、各管理者と共に推進に取り組んでいきます。

第一課題として、「採用活動」の計画と実践に取り組めます。第二課題として、理念を実践できる「きららパーソン」の育成に努め、職員一人一人にPDCAサイクルを身につけさせます。第三課題として、適材適所の人材配置に取り組むと共に、「認知症と認知症ケア」の更なる知識の習得を促し、組織と人材マネジメントについて見直していきます。

特に福祉サービスの質の向上につきましては、多職種職員を中心に現状を見つめることで、理念に基づいた取り組みが出来ているか深く考えるきっかけにもなりました。

今回の結果を受けまして、足りない点を改め、今後の施設運営と現場業務に活かしていきたいと思えます。

ご指摘をいただきました通り、組織の内側に多くの時間をかけ問題点と向き合いながら、改善へのアプローチを行いたいと考えます。

社会福祉法人県民厚生会
特別養護老人ホームきらら藤枝
施設長 阿部 智弘

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。

第三者評価結果〔高齢者福祉サービス〕

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

a 評価…よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態

b 評価…aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組みの余地がある状態

c 評価…b以上の取組みとなることを期待する状態

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

高齢者福祉サービス版共通評価基準

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>理念として明記されていないもののパンフレットへの記載があり、ホームページには「基本理念」「運営方針」として明記されています。また基本理念は3つの運営方針とともに、法人の目指す方向、考え方を示しており、事業計画並びに実践への反映も確認できます。事業所では「理念を深く考えたら暗唱できる。暗唱できるくらいになれば業務への反映も期待できる」と考え、入職のオリエンテーションでは理念の意味を問う時間を設けるとともに、毎月1日の日に行われる月朝礼を暗唱と振り返りの場として設定しています。職員周知は十分あり、また法人代表者の発案で事業所内に笑顔を増やすための施策がある点も推進の一環ととれますが、利用者・利用者家族への周知理解とともに、双方の浸透度を客観的に推し量る仕組みは十分ではありません。</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適切に対応している。		
2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>全国社会福祉法人経営者協会（以下、全国経営協）や全国社会福祉協議会発行の月刊誌やWAMNET配信メール等から社会福祉事業全体の状況把握ができていますが、分析して二次情報化するといった取組みには至っていません。地域では、静岡県老人福祉施設協議会中部支部会（以下、老施協）、広幡地区社協企画会議、藤枝特養施設長会議への出席に努めることで、地域情報の入手につながり、広幡地区では当事業所の公益的取組に実っています。事業所内においては、事業活動収支実績表（年度目標達成率）を毎月作成することで、活動収支とともに前年対比などの数値が詳らかになり、数値把握は明瞭です。また利用実績は在所率</p>		

(利用率・空室日数)でも確認できます。ただし、何が原因でその数字となったかの考察記載はなく、また人員補充や空室対策も後追いとなっています。		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a・①・c
<p><コメント></p> <p>経営環境に及んでまでの把握はないものの、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況などを諮る月例の常勤理事会が常設されています。その場では介護報酬の改定や新型コロナウイルス感染症対策、苦情受付などの身近なことから「新勤怠管理システム」の導入、「科学的介護情報システム(LIFE)」の管理といったチャレンジのほか、規程の改訂も議案にあがっています。ただし、3施設14事業所の内容が2時間で凝縮されているため、「なぜ必要か」や「原因と対策」が見えず、決定に近い報告のようになっていたことは否めません。また常勤理事会における決定事項は施設長から職員に届くようにはなっていますが、今後は職員とも情報共有できるよう、議題毎にその全容を見えるよう記録の残し方などに工夫が求められます。</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・b・①
<p><コメント></p> <p>中・長期計画は策定されていません。理由は「形式的になりがち」とのことですが、単年度計画においても見直し(Check)の協議の場を設けたり、職員アンケートをとるといったことが見られないことから、態勢として長期のスパンで物事を見ていくことが定形化されず、目前のことに追われてしまう傾向があると受け止めます。数年かけて取り組む必要のある課題がなおざりとなっていることが「中長期計画を立案しない」と関係しているものと目されることもあり、また理念は一朝一夕に成し得るものではなく、累々と続くものであるだけに「中・長期」での実践を計画的に推進することが望まれます。</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・b・①
<p><コメント></p> <p>単年度計画はありますが、中・長期計画の策定がなく基づいたものではないため、福祉サービス第三者評価における評価基準では、「ない」に等しい評価となります。ただし、単年度計画は写真や図式を取り入れ、「理解しやすく」との工夫もあります。一方で、「目標」と「取組」のみで時系列の実践計画などがなく、数値的な明示もないことから具体的な内容とは言い難い内容です。</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・b・①
<p><コメント></p> <p>事業計画は「施設管理者会議」に於いて「施設・事業所独自計画」の完成に向けた合議をお</p>		

<p>こない、毎年1月の常勤理事会で「1次案（骨子）」を提示後、施設・事業所内で各計画が検討されており、職員は幹部の青写真に対して意見を加えている形で策定されています（3月までに意見集約のうえ最終事業計画（案）を常勤理事会で確認、理事会へ提案）。完成後は職員全員に印刷して配付、また事業計画の進捗は常勤理事会で毎月確認して、事業所へフィードバックしています。ただし、「朝令暮改とならないよう、計画は基本的に修正しないことを原則に対応」とし中間評価はなく、計画未達もありません。「施設管理者会議」は管理者の集まりであることから、「集う前」又は遅くとも「常勤理事会提示前」に個々の職員の意見が集約される工夫が必要かと是正を期待します（協議が難しい場合、アンケート等代替はある）。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a・⑩・c
<p><コメント> 事業計画はホームページに掲載しています。コロナ禍以前には、「家族会（毎年開催）」において配付と説明をおこなってきました。ただし、事業所行事における家族の参加率は高いとは言えないため、コロナ感染症終息後には「高齢者の支え合い地域づくり」活動のメンバーに「お話ボランティア」となってもらえないか打診したり、本人の食事介助や「Gomi ウォーク」へ家族を誘ってみることで、活動に親しんでもらえるよう工夫することを期待します。また利用者本人の直接的な反応は期待できないものの、職員が利用者を手引き歩行したり、車いすを押すときに「来週は〇〇があるね、楽しみだね」とアプローチができるよう、行事のポスター掲示や、家族会で説明できないこの状況には郵便で事業計画を届けるといった配慮を望みます。</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・b・⑩
<p><コメント> 福祉サービス第三者評価は平成26年度実施して今回2回目となりますが、7点示された改善向上点の内完遂したのは1点であるとともに「自己評価を毎年おこなう」導入も未実施で、受審を運営に活かしたかは不明瞭です。福祉サービス第三者評価に類似する事業所自己評価の実施もありますが、職員は年2回の人事考課を通じて自らの福祉サービスについて省みる機会があります。また事業所全体の年間総括と振り返りは、各事業所の管理者が集まる「施設管理者会議」の事業所報告の中で実施していますが、定性的なシートなどはないため「評価」とみることは難しい状況にあります。人事考課の項目は「企業倫理のコンプライアンス」「チームワークとコミュニケーション」「ケアマネジメント」「サービス提供のための準備」等福祉サービスの要素で構成されていますので、個々の職員の自己評価を数値集計することで「事業所自己評価」と示すこともできるものの、現状集計には取組んでいません。</p>		
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。	a・b・⑩
<p><コメント> 福祉サービスの質の向上に向けた事業所全体の取組は薄いものの、現場における福祉サービスの現状把握並びに改善向上については、「特養運営会議」と「ユニットリーダー会議」の連</p>		

携にて、共有を図っています。例えば、現場から夜勤帯、特にターミナルケアにおける不安の声があがり、夜勤体制の人員を増やすことは出来にくい為、「見守り機器」の導入に至っています。また「インカム」導入にあたっては、夜勤者同士でインカムを試すことで通信状況や実践投入できるかの検証をおこない、職員意見を反映させています。他にも科学的介護情報システム（LIFE）加算の取得に向けた機能訓練指導員を核とした多職種の具体的な業務分担、入力ソフトの項目に対応した書類の作成などに着手してきており、「評価結果に基づき〜」とか「計画的な改善策」の水準ではないことは遺憾ですが、目前の課題解決は順次実行されています。

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。	a・◎・c
<p><コメント></p> <p>施設には特別養護老人ホーム（以下、特養）のほかにデイサービス、ショート、居宅介護支援事業所があり、当事業所の管理者は施設全体の施設長が兼務をしています。1年程前に人事異動から施設長の片腕ともいべき介護長が不在となり、施設長自身も事務長からの異動（昇進）であったことから、「職務分掌表」に明記された管理者の役割と責任と現実はやや異なり、施設内では法人事務局長との2人3脚を以て施設長と当事業所管理者を担い、経験領域の狭さや兼務なこともあって職員と接する時間が不十分なことなどから派生する諸課題については、理事長をはじめとする理事が集う「常勤理事会」のフォローシップを得て、業務にあたっている状況です。管理者不在時の職務代行については職務分掌表には「介護長」とありますが不在のため（ ）でくくった「統括主任」と解釈できますが、有事に具体的な代行が可能かどうかについては口頭説明やシミュレーションなどの引き継ぎは実施されていないため、不透明です。</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・◎・c
<p>管理者として十分な時間がとれない為、利害関係者との適正な関係を保つのは法人事務局長（当施設では事務長を兼務）が一部代行しています。事務所には「介護報酬の解釈（赤本）」を備え、また介護保険に詳しい事務職員の助けもあって「集団指導」を通じて年度の法改正を把握のうえ、藤枝施設管理者会議にて現状と照らして整理するに至っており、管理者自身が習熟しているとは言えないもののチームで成立させている段階にあります。特段法令に関係する研修を義務づけてはいませんが、全国経営協で労務管理を学んだり、施設の防火管理者の任命を受けることを目的とする講習参加実績はあります。また日々のルーティンとして、「介護サービスの人員配置・運営基準等」「介護報酬の請求」「会計・経理処理」「労働諸法令」の分野において点検チェックをおこなう「法令遵守 点検・取組報告書」を毎月法令遵守管理者（理事長）に管理者が提出しています。「施設としての主な取組（法令遵守に関する事項を</p>		

<p>簡潔に記入)」に記載が毎回ないことから、管理者による継続的な周知、指導が特段ないことが確認されています。また法人としては、コロナ禍で休止中なものの、全事業所を対象とする「内部監査」には職員をトレーニーとして派遣し、知識習得を推進しています。</p> <p>今後は個人情報保護法やパワーハラスメントやセクシャルハラスメントといった問題が発生する確率が高いものから所内勉強会をおこない、振り返りチェックやテスト、アンケートなどを通じて周知を図ることを期待します。</p>		
<p>II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p>		
12	<p>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。</p>	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>管理者は実施する福祉サービスの質の向上について評価・分析を定期的におこなってはいませんが、感染症対策委員会をはじめ4つの委員会の長として活動を支え、他の8つの委員会の定例会にもサポーターとして必ず参加しています。施設長との兼務であることが背景にあるものの、広報委員会・交通安全委員会・特養優先入居検討委員会以外の9つの委員会は毎月開催のため時間をつくること自体が難儀なことであり、リーダーとしての職責を果たそうとの意気込みは職員にも伝わっているものと推察されます。委員会活動と併走する形で毎月の「特養運営会議（管理者・特養統括主任・ユニットリーダー・多職種）」があり、LIFE加算の取組着手や夜勤者配置等、目前の命題には委員会や会議を通じて具体的な指導が叶っています。職員の研修参加は「本人から申告があれば、参加できるよう前向きに進める」としており、勧奨は不十分です。また職員がこれまでに学習した内容（現在の知識）把握も現状ありませんが、近く人事管理ソフトが適正運用された暁には研修履歴搭載を予定しています。</p>		
13	<p>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。</p>	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>委員会活動と管理者の関わりは、課題発見や業務改善につながる体制構築であると見てとれます。経営改善や業務の実効性向上に向けた人事・労務・財務等を踏まえた分析はおこなっていませんが、加算など必要だと判断したことは事務長（法人事務局長兼務）と「常勤理事会」が管理者をバックアップして実現させています。人材配置は人員違反にならないよう毎月管理者がチェックをおこなうものの、介護長が1年近く不在なことや常勤比率が低いことで朝の勤務配置に苦慮していること、新採活動が2年近くおこなわれていないこと等、総じて業務の実効性を高めるために重要かつ急務なことへの取組に遅延が見られます。現在の施設長が事務長からの異動（昇進）、介護長の不在を施設長が管理者として兼務するという現状からは「組織内に同様の意識を形成する」ことはほど遠いものの、中長期の目標とすることを期待します。</p>		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
<p>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。</p>		
14	<p>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。</p>	a・b・⑩

<p><コメント></p> <p>理念・基本方針や事業計画、ひいては質の高い福祉サービスを実現させるために必要な福祉人材と人員体制に関する整備がありません。そのため人材の確保と育成に関する方針は明記されず、採用活動はパッチワーク的な取組となっています。また人員配置が一般的な事業所に比べ1～1.5割ほど多いことは「職員配置が手厚い」ととれる一方で、「職員の生産性が他事業所に比べ1.5割減」ということも否めないため、計画にもとづいた人材確保や育成以前に、人員配置とタスク管理については改めて経営的な面からのアプローチが求められます。採用活動については場当たりのため、効果的な人材確保は重要かつ急務な課題です。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>職員が何を成せば評点上がるかは人事考課で示されており、今春のキャリアパス制度の導入を通じて処遇（職能給）がどのように上がっていくのかが見える化されることとはなっていますが、自らの将来を描くことができるような総合的な仕組みづくりには及んでいません。行動規範は「4つの原則」「行動全般にわたる10の規範」と詳細に明示されており、内部書面には折りに触れ印刷のうえ周知されています。人事考課の考課項目を総合して「期待する職員像」を読み手なりに受け止めることはできますが、一人ひとり独自の解釈をしてしまう可能性があるため、明文化を期待します。</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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>職員の就業状況や意向把握はユニットリーダーや主任を通じて直接あがってくる場合もありますが、主には法人事務にて3ヶ月に1回、「有給休暇消化一覧表兼取得管理簿」を作成し、施設長に配布、状況把握と休暇取得、「5日未満撲滅」を推進しています。施設長はこの帳票を管理者に示し、指導をおこない法令遵守につなげています。</p> <p>労務管理に関する責任体制は「職務権限表」に記載されていますが、管理者と施設長の権限は異なることから、実務において混在しないよう望みます。福利厚生について職員アンケートをとるといった意向把握の取組はなく、その為総合的な福利厚生の運用には至っていませんが、理念「心の通う憩いの場」実現に向け、利用者と職員のきらきら輝く笑顔があふれることを念頭に、「職員バースディプレゼント」が励行されています。また、「共同決定委員会」と命名した労使協議の場を平成20年から導入、労働側代表と使用者側代表が年2回会して就業規則の改定など働きやすい職場作りを推進しています。</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・b・⑥
<p><コメント></p> <p>法人の理念・基本方針にもとづき「期待する職員像等」を「4つの原則」「10の規範」として明示しています。人事考課の面談は5～6月、11～12月の年2回実施され、上期・下期の人事考課結果を考課者と被考課者とで2者面談おこなう仕組みとしてはいるものの、法人としては時期や回数よりも面談をおこなうことに重きをおいています。人事考課のフィードバック面接時に個々の課題に応じた次期目標の設定が必要と考えてはいるものの、目標管理への着手とともに新たに改訂導入した人事考課そのものが整備定着しておらず、今後取組む</p>		

べき事としています。また目標管理にリンクするものとしてOJT制度の導入も望まれること
ところです。キャリアパス制度の職員向けパンフレットがやっと形になったという段階です。

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。	a・b・㊦
----	---	-------

<コメント>
「期待する職員像」は総論として「役職員行動規範」で表し、各論として「考課基準書」の
共通項目内容、「キャリアパス制度」の総合職4級、「等級別能力要件書」で確認できます。
教育研修に関する基本的な方針・計画の策定は未実施であり、福祉サービスの内容や目標を踏
まえた専門技術や専門資格を職員に示すことはできていません。年間計画の中では「全職員
対象に接遇マナー研修会」を全4回実施する」といった取組目標が掲げられ、また委員会活
動を軸に職員が必要と考える勉強会的な内部研修会がおこなわれているものの、それにつ
いての評価・見直しの仕組みはつくってはいません。現在「県民厚生会きららの教育研修体系」
の策定に向け、検討が始まったという段階にあります。

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。	a・b・㊦
----	-------------------------------------	-------

<コメント>
職員がどのような資格を有しているかは無論把握してはいますが、昇格や昇進の要件として
必要な知識または研修修了、資格取得などの整理、明示への取組みが遅れています。一点、
キャリアアップ制度の「総合職4級」への昇級要件に「介護福祉士」を示すことはできてい
ます。保有資格や受講済研修の記録は、人事管理システムへ反映させるべく、勤怠システム
更新後の令和4年度からの導入を予定しています。研修機会については、人手不足(※1)
の折りシフト調整が可能かは別として、法人・事業所ともに「職員の研修参加は応援したい」
としています。外部研修に参加した職員は報告書を提出していますが、内部研修会で内容共
有するか否かは管理者やリーダー職が判断しており、報告・資料の回覧に留める場合もありま
す。新任職員をはじめ経験や習熟度に応じたOJTはプログラムやプランの準備はなくリー
ダーが目配りの中で現場にて指導をおこなう方式のため、誰の指導を受けるかで差が生れる
状況もあります。階層別研修、職種別研修はありませんが、テーマ別研修としては令和3年
度は接遇委員会(※2)が全体に向けて接遇研修を推進しています。研修委員会(※3)も
存在していますが、福祉サービス第三者評価の設問に該当する活動には至っていません。

※1 正社員の頭数は足りているが、食事介助の時間帯のみ不足している。各ユニットに時
短の正職員がいるものの、早番・遅番勤務が出来ない人材であることがネックとなっ
ている。その時間帯をパートタイマー職員にて埋める必要性が生じている

※2 管理者他7名の職員で構成される。理念の実践、接遇5原則の実践を主な取組みとし
て隔月集会している

※3 研修計画に基づく各種研修、法令に基づく研修の実施へ向け、月1回集会している

Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。

20	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成 について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a・b・㊦
----	---	-------

<コメント>
実習生の福祉サービスに関わる専門職の育成に関する育成についての取組みは未着手で、「基
本姿勢の明文化」「育成マニュアル整備」「実習生の特性に沿ったプログラムの準備」等はあ

りません。過去に一度統括主任が指導者向けの研修に参加したことがありますが、本人の退職とともに取組みへの勢いも衰退しています。全国経営者協主宰のリーダー研修、一般社団法人全国個室ユニット型施設推進協議会（以下、個室協）主宰のユニットリーダー研修など、「教える（指導）」を主体とする研修への参加実績はあるため、今後は知識・技術を踏まえた職員を選任して担当者に据えていくことを期待します。

実習とのレベルには及ばず「体験」的なものの、警察勤務予定者（警察学校）を年5名ほど受け入れてきています（コロナ禍前まで恒例的に）。また同じく3年前までは地区社協の依頼で年20名ほどの小学生児童の体験学習（広幡子ども福祉体験）が継続的におこなわれていました。またそれ以前には医療福祉専門学校・静岡産業大学等の「介護職員初任者研修」に協力もおこなってきていますが、いずれも受け身的で自ら作成した書面はありません。

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・①・c
<p><コメント></p> <p>法人ホームページのトップページには理念・事業所方針を掲げるとともに「開示情報」と題して独立したページを設けており、貸借対照表をはじめとする決済書類のほか「定款」「現況報告書」「役員名簿」「事業計画書」「事業報告書」など各種情報が公開されるほか、苦情・相談の体制や内容について公表しています。地域福祉向上のための取組みは「事業報告書」の中にありますが、前回の第三者評価の受審についてのアップはありません。法人の理念、基本方針やビジョンについて、社会・地域に対して明示・説明をおこなってはいないものの、広幡地区においては「高齢者の支え合い地域づくり」活動への協力を通じて事業所の存在意義を届けています。また事業所のお便りを9地区（総計286部）に届け、「活動状況を知ってもらえるよう」努めています。</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・①・c
<p><コメント></p> <p>法人並びに事業所における事務・経理・取引等に関するルールは「規程集」に収められ、職務分掌と権限・責任は「職務権限表」にて書面化されていますが、事務所にいつでも閲覧できる形をとり、職員に手交・配布はしていません。そのことも少なからず影響しており、職務権限及び責任への意識が不十分な職員が存在することは上位者も認めています。越権行為も散見されることが接遇委員会の運用や研修会開催に至っていることと第三者としても受け止められ、職員に組織人としての規律を理解してもらうことに事業所全体で向かうことが期待されます。法人監査は有識者として嘱託のアドバイザーのほか、職員をトレーニーとして派遣して実施されています。監事監査は規程に基づき、理事の業務執行状況を原則年2回確認しています。外部の専門家による監査支援等（会計監査または公認会計士、監査法人、税理士若しくは税理士法人が実施する財務管理、経営管理、組織運営・事業などに関する指導・助言）の関与はありません。</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・①・c
<p><コメント></p> <p>「社会福祉法人の責務である地域における公益的な取組を積極的におこない、地域社会における福祉の中心的な担い手になっていくことを目指す」、として法人では地域との関わりにおける考え方を活動計画に明示しています。また本年度の計画には、「ウイズ・コロナ環境ではあるも、地域からの要請も強く、可能な限りの取組みで地域社会への貢献を実践していきます」との力強い宣言も添えられています。ただし、それらは地域ニーズに応じて事業所資源を提供する「公益的な地域貢献」であり、その取組みは利用者がこれまで暮らしてきた場所で慣れ親しんだ行事や物産、地域住民とのふれあいを続けるといった事には実っていません。作成されている「社会資源一覧」も施設や病院、公共施設に留まり「関係機関、団体一覧」の様式であることも本件に係る視点がこれまで薄かったことを裏付けています。今後は本人が直接行けないとしても菓子店や理美容、洋服店、薬局、プレイエリアとして公園などが含まれた「社会資源一覧表」が作成されることを期待します。</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・b・②
<p><コメント></p> <p>ボランティアの受入れに関する基本姿勢の明示はなく、「可能な限り受け入れていく」としています。受け身であり積極的な取組みでないことから、地域の学校教育や社会福祉協議会におけるサマーボランティア等関係各所への投げかけはなく、また「受入れマニュアル」「名簿」をはじめ実績記録等の書面整備は立ち後れています。電話などで申し込みがあったときに代表者に記載をお願いする「申込書」はありますが、受け入れにあたって担当者の任命や担当者が事前に説明する内容、ボランティアに遵守してもらいたい約束事なども不明瞭で、現状は好意でやりたい人がやっている水準です。</p> <p>過去には藤枝中学・西益津中学における「職場体験学習」の生徒受入れをおこなっていますが、受入回答書、職場体験用履歴書、自己紹介書などは学校のフォーマットを使用しています。</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 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a・①・c
<p><コメント></p> <p>12ある委員会の一つに「地域活動委員会」があります。地域交流を通じて開かれた事業所を目指しており、月1回活動しています。地域活動委員が中心となった令和2年度の公益的取組では、各町内会館（八幡・上当間・水守）のサロン会場に職員が出向き、機能訓練体操やレクリエーション技能を提供、地域住民との親睦を深めるとともに事業所として地域サロン活動へ協力をおこなっています。またコロナ感染症の状況に応じて協力の仕方を臨機に工夫することで地域ニーズに応えることもできています。管理者が広幡地区社協企画会議へ出席</p>		

<p>して地域の問題を収受共有しており、公益的活動に位置づけている高齢者に向けた買い物移動支援活動は、「地域の共通の問題に対して解決に向けて協働して具体的な取組をおこなっている」に値します。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
26	<p>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。</p>	a・⑩・c
<p><コメント> 広幡地区社協企画会議、藤枝特養施設長会議のメンバーとなり、連携を図っていますが、人手不足とコロナ禍の影響から「新たな地域ニーズを把握しよう」「地域に役立つ事業所になろう」との勢いは停滞気味です。それでも築いた関係は堅固で、これまでに入手したニーズによる活動は縮小のうえ継続しています（サロンへの職員派遣など）。</p>		
27	<p>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。</p>	a・⑩・c
<p><コメント> 地域コミュニティの活性化やまちづくりなどへの貢献はみられないものの、「公益的事業」として社会福祉分野において事業所が有するノウハウや、専門的な情報を地域に還元する取組を積極的におこなっており、年間スケジュールを策定して確実な実施につなげています。地域のサロン会場においてレクリエーションや機能訓練体操のハウツーを提供したり、広幡地区の高齢者に向けて買い物移動支援活動に取組み、飲ばれています。地域の防災対策には福祉避難所として藤枝市から指定を受け、施設全体（デイサービス等の他事業所含）として合同防災訓練を開催して準備に努めています。また台風19号では近隣住民を受け入れた実績もあります。</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
<p>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>		
28	<p>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。</p>	a・b・⑩
<p><コメント> 理念とその意味と価値を解説した書面を備えており、また文脈には利用者を尊重した施設づくりについて語られるとともに、職員に配付する活動計画等必要に応じて刷り込まれ、職員の目に触れています。ただし、例えば掲載の活動計画は地域の高齢者との交流が主であり、福祉サービスの現場において理念を理解し実践するためのものとしてではありません。会議を通じて「実践できているかの確認機会がある」とのことですが、事業計画が公益的活動に傾いていることは否めず、現業における具体的な明示が求められます。 利用者を尊重した福祉サービスの提供については「倫理規程」を策定し、「事業の推進にあたっては、サービス利用者の個人の尊厳と人権の尊重を日常のサービス提供の理念とし、職員</p>		

教育の中核とする」と定めていますが、職員への理解・浸透がどうなのかは確認できません。また標準的な実施方法を形作る手順書には「臭い、汚いというような言葉は言わない」と具体的な事柄が示されて分かりやすくはありますが、「基本姿勢」の尊重が職員間に培われるもの（※）は示唆されていません。利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等をおこなう等、必要な対応を図ってはいません。

※「人や人命、人権などを重んじ、優先的に考える」意識が育つ⇒ 例.（自分とは違うと認識して、先ずは相手にどうしてほしいか確認する）（次の手順に入る前に「ここまでで何かありますか」と伺う）等

29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a・b・㊦
----	---	-------

<コメント>
 利用者のプライバシー保護について、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務等を明記してはいますが、「個人情報保護規程」を備え、またその中で「職員等の監督・教育」の項目を設けており、「雇用期間中及び退職後においても、業務上知り得た個人データ利用目的以外の使用を禁ずる」旨の「個人情報保護に関する誓約書」を入職時に職員と交わしています。また退職時には「守秘義務確約書」を提出してもらうよう配していますが、プライバシー保護についての研修を年1回などと位置づける必須とはしていません。「利用者にとって生活にふさわしい快適な環境を提供し、プライバシーを守るような設備などの工夫があるか」については、本件を主に協議する場やチェックシートはなく、自ら取組みは不十分であるとしています。事業所内（職員間）では「不適切ケア撲滅」が推進されていますが、利用者や家族にプライバシー保護と権利擁護への姿勢や取組みについて周知する機会は設けていません。

Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。

30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a・b・㊦
----	---	-------

<コメント>
 事業所の特性等を紹介した資料を、多くの方が手にとれる場所（例. 公共施設、総合病院など）に置いてはいません。組織を紹介するパンフレットは平成28年に全面改定した後は手を加えていません。イラストや写真を多用している点は理解しやすいものとなっていますが、文字が大変小さく、本人・家族の対象年齢を鑑みた配慮の不十分さが見られます。併設の短期入所施設からの入居は、令和2年4月～令和3年10月では3割（26名入居の内、8名が短期入所施設からの入居）あり、また入居希望者には通いのお試し利用を体験してもらうようにしていますが、「泊まりを希望するか」は確認しておらずお試しは通いのみです。担当職員は丁寧な説明を心がけているとしていますが、適切な説明や情報提供の内容の品質について見直したことはありません。また入居希望として登録した家族に電話や葉書などで定期確認をとり、現状の適切な希望数及び希望の内容変化についての把握がありません。

31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a・㊦・c
----	--	-------

<コメント>
 入居（契約）当日に改めて見学、サービス担当者会議、契約をおこなっています。先ずは居

室やフロアなどの共用空間へと案内して、此処での生活がどのような環境になるのかなど概要を伝えています。その後、家族・看護師・介護支援専門員・生活相談員・機能訓練指導員・ユニット職員・入居者が会議室に集まってサービス担当者会議を開催、当事業所での生活がこれまでと連続したものになるよう本人・家族から話を聴いたり、また疑問点など質問に回答しています。その後契約を交わすという流れで概ね2時間ほど要しています。体力的にも症状的にも席に付くことが可能な入居者でない場合は別室で休んでもらうという例が大半で、「利用者の自己決定を尊重している」とは言い難く、この点は家族に代弁してもらおうようにしています。

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。	a・b・㊦
----	---	-------

<コメント>
 事業所の変更、家庭への移行事例はほとんどないため、日常の業務として確立されておらず、手順と引継ぎ文書を定めてはいません。年間退去者数は平均15件ほどで、大半が此処で看取っています。救急搬送先、入院後に亡くなったのは2～3件であり、事業所からアセスメントシートを送ってはいませんが、その時点で退所手続きとして、その後のやりとりはありません。過去に1件、他の特別養護老人ホームへの移転がありましたが、先方からのリクエストがなく、事業所からアセスメントシートのみ提出しています。福祉サービスの利用が終了した後も組織として利用者や家族が相談できるようにとの窓口や担当者設置はなく、契約終了時に「相談対応にあたる」といった今後の関係を示した書面も渡してはいません。今後は、退所時に家族へ「何かございましたらいつでも相談に応じます」との書面を渡すようにしたいと、現在準備中です。

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・b・㊦
----	---	-------

<コメント>
 家族を含み利用者満足に関する調査を定期的におこなってはいません。個別の相談面接や聴取、利用者懇談会はなく、実際介護度3～5で入所すると運用は難しいと事業所では考えています。今後は、ユニット会議であがる利用者のニーズはウォンツ（声にはなっていない）も、また本人自身が気づいていなくても、介護職員が表情や前後の様子から意向がわかるものを毎月整理するとともに、運営側で解決すべき課題を明らかにしていくことで速やかな実現を図る、といった具体的な施策があることを期待します。またコロナ禍以前は面会で要望を吸い上げ、事業所まつりや敬老会を通じて家族と気持ちを重ねてこれた事実の一方で、今回の第三者評価では「本人が何かされるのではと思えない」との強迫観念をもつ家族の存在も確認できたことから、家族に向けた顧客満足度調査を単に毎年実施するだけでは向上への取組みとは言い難いことも踏まえたアプローチがあることを期待します。

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a・㊦・c
----	--------------------------------------	-------

<コメント>
 社会福祉法第82条に基づき、苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）を整え、外部機関（静岡県福祉サービス運営適正化委員会、静岡

県国民健康保険団体連合会)を含む連絡先一覧表を備えています。苦情解決窓口などはポスター掲示され、契約時に重要事項説明書を介して直接渡しています。またポスターには担当者氏名を入れ替えられる工夫があり、「最新のもの(正しい情報)を告知しよう」との姿勢が覗えます。苦情記入カードの配布やアンケート(匿名)を実施するなど、利用者や家族等が苦情を申し出しやすい工夫はありません。苦情内容については、受付と解決を図った記録を適切に保管するとともに、ホームページ上で解決方法にまで及んで公開しています。利用者や家族等が苦情を申し出しやすい工夫や状況をつくってはいませんが、意見箱の設置はあります。ただし、コロナ禍で面会がおこなわれないため、意見箱は現状機能していません。

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・⑩・c
----	--	-------

<コメント>
 利用者が相談したり意見を述べたりするのは担当職員やユニットリーダーが大半ですが、管理栄養士が食事介助のフォローに入ったり、事務長が対局の相手になるなど、ユニット職員以外の職員の出入りもあり、実際は相談相手の間口は広めと受けとめますが、「複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書」を作成してはいません。そのため配布や掲示もありません。「相談したい」となった場合、利用者は自室が最大限プライバシーを守れるスペースですが、家族には相談室が2箇所用意されています。また共用空間には居場所づくりも兼ね狭小スペースやソファなどがあり、「ちょっと利用者の気持ちを聞く場所」として重宝されています。

36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a・b・⑩
----	---	-------

<コメント>
 利用者からの相談や意見を積極的に収集しようとの取組みはなく、また相談・意見を受けた際の記録方法や報告手順、対応策の検討について定めたマニュアルは「苦情」については「苦情解決に関する規程」が作成されていますが、「相談」についてはありません。苦情処理報告書は受付者が作成、ユニットリーダーがコメントを加えた後管理者会議に上げ、ユニット会議におろしてフロア周知につなげるという方法をとっています。専門的な内容については各種委員会に廻してもいます。
 苦情の公開についても「選挙にいきたい」と利用者が発したことが挙がっており、外部者が「相談なのか」「苦情なのか」認識しづらい状況にあることが、即ち職員自身も「相談に応じる」「苦情を解決する」との明確な区分けがないように覗えます。今後は相談、苦情双方のマニュアルを整備のうえ定期的な見直しをおこなうとともに、家族・利用者の満足度に着眼した本件の職員研修が実施されることを期待します。

Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。

37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a・⑩・c
----	---	-------

<コメント>
 令和3年度介護報酬改定に伴い安全対策担当者を定めることが義務付けられるとともに、安全対策担当者が安全対策について外部の研修を受けることが安全対策体制加算の算定要件とされており、当事業所でもリスクマネージャー(事故防止委員会の委員長)が受講済みです。事故発生時の対応と安全確保について責任、手順を「事故発生防止に係る指針」に収め、事

故防止の為の総括管理は施設長（現在管理者兼務）または介護長としています。利用者の安心と安全を脅かす事例の収集としてヒヤリハットの抽出を勧奨しており、ヒヤリハット報告書の作成も励行され、未然に防ぐ方法が模索されています。

事故報告書については3ヶ月以内に対策・改良が実施されているものの、安全確保策の実効性についての定期的評価・見直しには及んでいません。

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・⑩・c
----	--	-------

<コメント>

総合的な感染症対策マニュアルはありませんが、コロナ対策で作成したマニュアルには任務、メンバーをいれ、役割分担が明示されています。感染症対策委員会を設置して推進体制をつくり、施設内の他事業所（短期入所施設、通所介護事業所、介護支援事業所）からもメンバーが輩出され、月1回参会しています。

現状は特にコロナ対策に力を入れ、公益社団法人静岡県看護協会の認定看護師にフロアをラウンドしてもらうことで、感染症毎に異なる視点やコンタクトポイントについて現状に即した具体的助言を受けています。管理者と管理栄養士は直に消毒の指導を受け、「消毒液は68%から75%以上のものに濃度を上げる」「ポンプの中身は継ぎ足さない」「タオルは毎食後次亜塩素酸水に浸す」などのセオリーやルールを学んでいます。また研修委員会による年間計画には「感染症対策研修」が位置づけられ、管理栄養士を講師として全職員が学んでおり、この形は例年実施されています。コロナ感染症以外の感染症が発生した場合における対応についての書面整備は不十分です。

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やっている。	a・⑩・c
----	--	-------

<コメント>

「防災規程」に基づき、「きらら藤枝防災マニュアル」「事業継続計画（BCP）」を作成しています（※1）。マニュアルは「平常時」「火災対策」「地震対策」「風水害対策」と災害毎に整理され、機器の操作方法も図や写真で示され、大変わかりやすいものとなっています。また災害時の対応体制が担当者（役職者）と任務が決められているとともに、施設内の他事業所との連携も明示されており、防災訓練は毎月実施（※2）のうえ各種想定を網羅しています。BCPについては初動対応から完全復旧までのフローのほか、簡易発電機やLEDランタン、非常食などの備蓄も整えていますが、立地に基づく災害の影響についての考察や想定範囲の対策は取組みの余地を残しています。また利用者及び職員の安否確認の方法は決められていますが、「すべての職員に周知されているか」は確認や評価（テストや諮問等）がなく状況は不確かです。発電機など防災用具の点検とともに、食糧品についても消費期限の入れ替え時の試食結果が記録されていくことを期待します。

※1 平成31年国発の「避難勧告等に関するガイドライン」に照らし、大規模地震の発生時に加え、「水害・土砂災害警戒レベル」に応じた勤務外職員の「緊急出動」を依頼のうえ、利用者の避難誘導が円滑におこなわれよう「緊急出動基準」を新たに策定している

※2 訓練の種類：消防署の立ちあい3回、防災業者の点検を兼ねた訓練2回、地区合同1回、応急救護1回、総合訓練1回、炊き出し訓練1回、机上訓練1回等

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・①・c
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法は、排泄や入浴などの「〇〇手順書」を一つにまとめて『ケアマニュアル』と名付けています。実施方法はフローチャートと写真付きで分かりやすく、職員のケアサービスを教本として現場に浸透していますが、「利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢の明示はありません。入職した職員には指導職員が付き「新人個別研修」として、標準的な実施方法に沿って、食事・排泄・入浴・与薬等の基本的な介助指導をおこなっています。配属されたユニットで、早番・日勤・遅番のシフトに合わせた業務内容を理解できるまで個別指導が実施され、標準的実施手順に基づいた介護スキルが身についたかを判断しています。「周知徹底させる」事は単にOJTだけでは成さないため、「フローチャートと手順書通り介助できるか」、本人の自己チェックとともにリーダー・主任のチェックを繰り返して水準に至るまで指導しています。新人にはチェックが実施されていますが、その他の職員について、適切に実施されているかを確認する仕組みはありません。</p>		
41	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a・b・②
<p><コメント></p> <p>『ケアマニュアル（標準的実施方法）』を作成した当時は、研修委員会で定期的に見直しを含めた議論をおこなっていました。現在は研修委員会において「ケアサービスの統一化と標準化」について必要に応じて見直しをおこなうことはあるも、福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しの時期やその方法を決めてはいません。また必要に応じて見直した場合、随時介護計画書の内容を変えらるということもありません（更新時に反映）。今後はマニュアルの見直しを含め標準的な実施方法について、研修委員会にて定期的に見直しをおこない、更にその折には職員や利用者の意見が反映される仕組みづくりについても考えてゆきたいとしています。</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・①・c
<p><コメント></p> <p>介護支援専門員によるADLや家族・利用者の意向等の状態把握後、更に多職種から情報收受を図ってアセスメントにつなげ、サービス担当者会議（介護職員・看護師・管理栄養士・機能訓練指導員・生活相談員・介護支援専門員）を開催のうえ、介護計画書を作成するという手順を確立しています。3ヶ月毎、6ヶ月毎のモニタリングを経て、サービス担当者会議にて協議のうえ、介護計画書の見直しに至っています。状態変化があった場合は期間にかかわらずその都度、同様の手順で見直しを図り、計画通り実施できているかについては介護職員が毎月作成する評価表を多職種にて確認しています。介護計画書には利用者一人ひとりの具体</p>		

<p>的なニーズが明示されてはいますが、介護計画書の氏名を確認せずとも「その人」と分かるような個別性の高まりを期待します。また、支援困難ケースへの対応についての検討を通して、積極的かつ適切な福祉サービスの提供とすることには取組の余地があります。</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・⑩・c
<p><コメント> サービス担当者会議のメンバーは固定ですが、場合によっては家族や本人、医療関係者に加わってもらうこともあります。大抵の場合は、利用者と家族（電話）には事前に意見を聴取する方法をとり、介護計画書は郵送にて家族の署名を得ています（コロナ禍前は面会時に直接説明して得ていた）。介護職員は毎月介護計画書の実施状況やADL等を評価表のテンプレートを通じて評価、更に6ヶ月毎に介護計画書を総合的に評価して現在の状態と照らすことで介護計画書変更の必要性を見極めていきます。また機能訓練指導員と管理栄養士は3ヶ月毎に評価を実施しています。介護計画書、サービス担当者会議議事録は各ユニットへ配付、またタブレットやパソコンから内容確認がどの職員も随時可能としています。福祉サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みは慣行されてきた方法のため、フローチャート化等書面化することを期待します。また福祉サービスの質の向上に関わる課題を明確にしていく力の底上げについては取組の余地があります。</p>		
<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。</p>		
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・⑩・c
<p><コメント> 看護師や生活相談員、介護支援専門員、機能訓練指導員、管理栄養士といった多職種は毎朝の申し送りとともに必要に応じてフロアラウンドで情報共有を図っています。ユニット内での日々の伝達は申し送りノートを基盤としてユニット会議で検討するほか、情報の程度によっては多職種も参加するサービス担当者会議やカンファレンスが情報共有の機能を果たしています。また12もの委員会活動が横断的な情報共有を支えています。介護記録システム『ほのぼの』の導入により、排泄や与薬には専用書式やチェック表への記入が手書きからシステム上でファイル共有されるようになっていきます。『ほのぼの』がインストールされている施設内のパソコンやタブレット端末ならどこでも記録が閲覧可能となり、情報把握と共有が円滑と成っています。記録要領の作成や職員指導は「略語の見直し、統一を図りたい」との課題も上がっていて不十分ですが、介護記録システムは「記録と一緒に写真も保存することが出来る」ため、転倒事故発生時のような言葉で伝えにくい情報にヒューマンスキルが影響しにくくなっています。</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・⑩・c
<p><コメント> 記録管理責任者としての設置はおこなっていません。役職員行動規範を活用して、入職時や各種会議で「個人情報保護規程」の項目の読み合わせをおこない職員の理解を進めています。パソコンやタブレットにはパスワードを設定し、第三者が開けられないよう設定しています。また職員が個人情報を不適切に流用しないよう、入職時に「誓約書」に署名を得ています。現在入居の利用者の書類一般は医務室と介護支援専門員常駐ブースにある鍵付きの書類保管庫にて保管、退居者の個人情報は5年間鍵付き倉庫での保管後、業者依頼して廃棄処分（溶</p>		

解)としています。「読み合わせのみで職員が理解できているか」「利用者、家族説明が届いているか」の2点については不明瞭なため、工夫が加えられることを期待します。

高齢者福祉サービス版内容評価基準

評価対象 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・①・c
<p><コメント></p> <p>その人に応じた一日の過ごし方を実現していくためには、「心身の状況、ADL、睡眠・食事・排泄、これまでの環境（物的・人的）、生活習慣等」の把握が大事として、入居判定会に向けたインタビューをもとに、対象者が現在暮らす場所（自宅または施設・病院）を生活相談員が訪問して本人または家族から聴取しています。その後、生活相談員は「面談記録」「日常生活動作（アセスメントシート）」にこれらを記載して看護師や管理栄養士、介護支援専門員、機能訓練指導員、ユニットに配付します。介護支援専門員は届いたシートから「課題整理統括表」を介して分析、明らかとした課題「改善/維持の可能性」と「見通し」を踏まえ施設サービス計画書を作成（暫定ケアプラン）、入居1ヶ月を経過したところで、既に情報共有を図っているメンバーを招集してサービス担当者会議を開催のうえ、アセスメントを取り直して暫定プランを修正する、との仕組みを以て利用者一人ひとりに応じた生活となるよう支援する仕組みが敷かれています。また、役割がもてるよう生活リハビリが奨励され、励みとする利用者もいます。一方、計画に対する実施は確かなものの、「なぜするのか?」「それをやったらどうなるのか」等明確な動機付けの共有が不十分です。新型コロナウイルスの影響も少なからずありますが、利用者の希望の把握や複数の活動メニュー、社会参加に配慮したプログラムの実施も立ち後れています。ADL低下防止の為の議論とともに、快適な生活のリズムへの観点が加わることを期待します。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>評価外</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>評価外</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・①・c
<p><コメント></p> <p>コミュニケーションの方法や支援については、ユニット会議やサービス担当者会議で定期的な見直しをおこなうとともに、ジェスチャーやあいうえお表、ホワイトボード、クローズドクエッション（はい、いいえで答えることができる）など、個別の方法でコミュニケーションを図るほか、</p>		

市販の「もしもしフォン」を参考にラップの芯に愛らしい包装紙を貼り代替品とした例もあります。ただし、「量」には課題があり、例えば入浴は一対一対応として落ち着いて話を聞ける時間帯ですが、話したいことを話せるよう意図的な機会としておらず、また会話の不足している利用者の存在は把握していてもオペレーションや職員配置等解決へ向けた取組みが進んではいません。即時に改良できることとして、ユニット会議やサービス担当者会議のテーマに定め、「個々の利用者の思いや希望」が視点に加わることを期待します。

利用者の尊厳に配慮した接し方ができているかどうかについては、接遇マナーの改良を高めている段階（※）で、挨拶を励行することで職員間のコミュニケーションが進み、協力的な姿勢が生まれるとの効用はあったものの、標準化には至っていません（敬語が遣えない、「～さん」の呼称が身につかない等）。

※接遇マニュアルあり、新採研修、年1回の研修で使用。接遇マナー研修を今年度4月に4回実施（接遇マナー5原則）。接遇委員会（2ヶ月に1回）では、特に「挨拶」と「身だしなみ」に着眼して意識改革を進め、チェックシートの分析をもとに課題を話合っている。「身だしなみチェックシート」を四半期毎に実施。本人と管理者とのコメント交換にてアドバイスをいれながら、接遇マナーの向上を図っている

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。	a・㊸
----	---------------------------------------	-----

<コメント>

利用者の権利擁護については身体拘束廃止に関する指針を整備のうえ虐待防止・身体拘束廃止委員会の開催（毎月）、年2回以上の研修、新任者へのオリエンテーションが実施されています。また、不適切ケアを発見した場合の手順（※）を「虐待事故対応」「不適切ケア発見」としてフローチャート化したものを配布、少しの気づきでも「不適切、のうちに芽を摘めるよう配しています。他にも行政報告、権利侵害の再発防止についてもフローチャート化され、必要書面を整備しています。また虐待防止・身体拘束廃止委員会では「サイドテーブルを動かないよう固定している」といった現場課題が提起され改善に向け、不適切ケアをおこなってしまいます背景についても考察しています（※1）。ただし、権利侵害の防止等のために具体的な内容・事例を収集・提示するなど利用者への周知はなく（本人が難しい場合は家族）、契約書や重要事項説明書にも当該内容がありません。原則禁止される身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的におこなう場合の具体的な手続と実施方法は明確に定めがありますが、職員には「身体拘束はおこなわない」との共通認識が浸透しているため、前述定め周知は不十分です（※2）

※1 ①職員意見箱へ投函→ 内容と問題点の確認→ 状況を確認しながら本人及び全体に指導
②リーダーまたは管理者に相談→虐待防止・身体拘束廃止委員会に報告→委員会にて共有と分析、対応を協議、職員への周知る。

※2 緊急・やむを得ない場合の三原則に係る条件を満たす場合、身体拘束は必要です。やってはいけないのは、「三原則に該当しないのに身体拘束をすること」です

評価対象 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。	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>ユニットや共用空間の床は外部業者が毎日清掃をおこない清潔が保たれています。遅番職員は薬剤でコンタクトポイント、トイレ清掃を担当、居室は週に一度リネンの日を定めてシーツ交換とともに清掃を実施、介護日誌の清掃チェック表に記録を残す徹底ぶりです。空調温度管理は、リモコンに設定温度を貼って（夏は27～28℃ 冬は24～26℃）調整に個人差がないようにしています。ユニット入口などに職員の写真を掲示し、壁面は各ユニットで季節に応じて作品を並べ、ラジカセで好きな音楽をかけ、楽しめるDVD（時代劇「水戸黄門、ドリフターズコント集等）を用意しているユニットもあります。入居時に、本人の好きな物（人形、ちぎり絵セット、家族写真、遺影、冷蔵庫）や、使い慣れた物（筆筒、机、ベッド、大型テレビ）を持ち込んでもらっているものの、安全への配慮や介護のし易さを優先し、本人が望むしつらえや快適でくつろいで過ごせるような配慮までは至っていないことは課題の一つです。これは車いすの利用が始まった場合の安全対策と動線確保にも同様のことが言えます。</p> <p>終末期においてはアロマオイルを焚いたり好きな音楽をかけたりし、家族にはゆったりと過ごしてもらえよう椅子をベッドサイドに設置するなどの配慮が進められていますが、現場サイドは未だ不十分だと感じており、その人らしく最期を迎えてもらうためには更なる改善が期待されています。</p>		

評価対象 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。	a・⑦・c
<p><コメント></p> <p>一人ひとりの心身の状態や意向を踏まえ、「着脱方法」「入浴のやり方 注意事項」「使用浴槽」を記載した「個別入浴表」を作成しています。入浴形態や方法を検討・確認したうえでの入浴支援（入浴介助、清拭への変更、見守り、声かけ等）を週に2回、一日3人を目安に午前と午後入浴と、無理のないオペレーションとするとともに、新人職員も迷うことがないように写真付きでわかりやすい詳細な入浴手順書は、浴槽の種類毎に作成されています。「機械浴でも保温と香りを楽しんでもらいたい」と浴剤を湯に混ぜて最後に流しかけたり、柚子を入れて時節風呂を愉しんでもらうこともあります。入浴介助は職員、利用者との1対1での入浴が原則であり、同性介助希望には他ユニットとの協力も得て調整しており、拒否への対応も職員の情報共有により方法を模索のうえ概ね対策を整備しています。入浴前に必ず体温、SpO₂（経皮的動脈血酸素飽和度）、バイタル測定をおこない、また「病後の回復期で個浴では不安定なので座位浴または寝浴に」といった検討時同様、看護師も交えて入浴方法の変更も速やかです。身体の状態に合わせた安全な入浴という点には十分な配慮があるものの、入浴の順番、入浴日以外の入浴（あるいはシャワー浴）入</p>		

浴日の変更など、主に利用者本人の意向に沿った入浴という点には見直しが必要です。

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。

a・⑩・c

<コメント>

「トイレ誘導」「おむつ」それぞれに「1 排泄誘導準備、2 排泄誘導、3 パッド内の排泄状況確認、4 排泄、5 排泄状況の確認」等流れに沿った作業概要、留意事項を掲載した「排泄介助手順書」があります。「車イス利用者は足がフットレストに乗っているか、両腕は車イスから外に出ているか、安全を確認しながら誘導する」といった注意義務も克明に記載されています。日中、夜間共に必要な利用者に対しては2人対応をおこない、安全に介助できるようにしており、また色や形状、量など排泄物の異変が見られた場合、直接看護師の視認と画像や文章としても残し、職員間で共有しています。水分強化やオリゴ糖、青汁の導入、朝食にヨーグルトや牛乳、ヤクルト、乳製品を提供したり、腹部マッサージやトイレで座ることへの励行で自然な排泄を促すとともに、特にオリゴ糖摂取では「便性記入シート」に記録して便の性状や排便リズムを観察し、徐々に効果が発揮されていることが確認できるほか、「立位が保てないことが多くなり、本人の負担もありトイレ介助を中止する」といった利用者の心身の状況に合わせて検討と見直しが、ユニット会議やサービス担当者会議で推進されています。向上点としては、主に次の2点があります。「①トイレの空間が車イス対応となっている割には職員が二人介助するには狭く、手洗いも車イスの高さに合っていないため、安全で快適とはいえないこと」「②排泄介助手順書には、「自尊心を傷つせず」「直接的な表現を避ける」「大きな声で誘わない」「ドアを開けたままにしない」等記載されていますが、転倒の危険がありトイレのドアを開け放した状態で見守りせざるを得ない利用者もいます。ユニットにはトイレが4ヶ所、全てフロアや廊下からも見える場所との構造的な課題があります」

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。

a・⑩・c

<コメント>

不安定な歩行、麻痺がある場合など利用者の心身の状況と意向を踏まえつつ、一方で「できるだけ自力で移動できるよう」本人のADL、残存機能を活用した支援となるよう取り組んでいます。アームレストを跳ね上げて体をずらすだけで移乗できる車イスを使用したり、自動ブレーキシステム付き車イスで転倒予防をおこなうなど、杖、押し車、歩行器、自操型車イス等の用具使用には機能訓練指導員のアドバイスを反映させているとともに、事業所でも福祉用具を揃え、特に車イスは多種（※揃え、柔軟に提供できるよう整えています。そのため介助方法等について利用者の心身の状況に合わせて検討と見直しをおこなった結果、その日の体調や移動距離に合わせた福祉用具の選択が可能となっています。またテーブルや椅子の位置が吟味され、十分な空間をつくって利用者が移動しやすい環境を整えています。介助の希望者が複数ある場合に職員の連携も望めないときは「リスクの高い人（待てない人）を優先する」との現場ルールを敷き、「〇〇さんを送ってきますね。少しお待ちいただけますか」と理由を述べることであります。利用者の安全は図られていますが、車イスを常時使用している人が84%なことから、移動の自立に向けた働きかけというよりも現状維持が中心となっていることは悩ましい課題です。

※自走できるタイプ、アームレスト跳ね上げタイプ、フットレススイングアウトタイプ、シーティングに特化したもの2種類、自動ブレーキシステム付き車イス、リクライニング、ティルト3種類

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。	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>時節の行事食や郷土料理などを月1食は提供することとし、コロナ禍前には「握り寿司」「マグロの解体ショー」などのイベント食も精力的に取組み、おやつメニューにおいてソースはどちらがいかといった場面もありますが、日常的に食の選択をする機会はありません。半分以上がミキサー食となり「形がなくても色味で美味しく見えるよう」「皆と同じものがいつまでも食せるよう」、全て混ぜずに緑色はアクセントにするといった工夫を理想としていますが、現状は食事介助のサポートに追われ、なかなか恒常的な取組みとはなりません(「食事介助の手助けとなれば」と昼食時は専門職がユニットをラウンドしています)。ミキサー、刻みは厨房担当ですが、各ユニットには電子レンジや保温ケース、真空保温調理器が配されて適温提供が確立しており、利用者の状態によっては一口大にするなどの調整はユニットで実施しています。</p> <p>今年度よりHACCP(ハサップ)が導入され食品衛生管理への要求水準が高まっており、業者のマニュアルも改訂されているか確認しています。衛生点検は毎日所長(業者調理師)がチェックして日報に記載、施設管理栄養士は月ごとにチェックをおこない、保健所資料として5年間保管しています。コロナ禍で食事レクは縮小されていますが、バナナジュースなど簡単なユニット食事レクであっても「食事レク衛生チェック表」に基づいて食品の取扱い、設備の管理、仕入れ、従業者の衛生管理などチェックを入念におこなっています。</p>		
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・⑩・c
<p><コメント></p> <p>献立の作成と調理を外注業者に依頼しています。業者側の栄養士が毎月作成する献立に当事業所の管理栄養士が修正をかけることと、月1回の給食会議を通じて「最期まで口から食べてもらう」ことを大切に考える方針に叶い、利用者の嚥下状態に即した内容につなげています。給食会議には、所長(業者調理師)と本社栄養士、本部エリアマネージャーが出席しており、会議場で課題共有ができて改善がスムーズな点は十分な取組みです。</p> <p>高リスク5名・中リスク35名、総計40名程に注視が必要で、「誤嚥リスクを減らす」ことを念頭にユニット会議にモニタリング・アセスメントを管理栄養士から提出するとともに、次年度から栄養強化マネジメント加算取得を目指して、栄養士2名体制等条件を整えるべく準備を進めています。管理栄養士が配膳前にソフト食の堅さなどをチェック、ミールラウンドでは「これじゃあ長時間の食事は疲れるね」「ポジショニングかえましようか?」といった事柄を都度提案しています。職員数に対して食事介助の対象者が多く、また工夫・対策も不十分なことから、喫食時間を最大につかったの食事には至っていません。</p>		
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。	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>食事・口腔ケアに係るマニュアルはありませんが、毎月歯科医から渡されるプリントをもとに食後や就寝前に口腔ケアを実施、発赤や傷などの異常時は、義歯の中止や歯科医受診につなげ、iPad入力で記録を残しています。利用者一人ひとりに毎月訪問歯科による口腔内確認があり、助言指導の内容は書面を以てユニット会議で伝達・共有しており、普段から口腔内に異常、不具合を職員が発見した場合は臨時で歯科医師による診察がおこなわれています。口腔機能の保持・改善をねらいに昼食前に口腔体操を実施するとともに、管理栄養士も栄養ケア</p>		

計画で共有する仕組みがあります。イラストで解説された口腔マッサージの方法は給食委員会の手によるもので、それを見ながら嚥下状態に課題がある利用者に介護士がケアに取り組んでいます。口腔ケアに関する研修の実施、口腔ケア計画の策定はなく、利用者が口腔機能の保持・改善に主体的に取り組むための支援はできていません。

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。	a・⑩・c
-----	-----------------------------	-------

<コメント>

「褥瘡発生予防に関する指針」を整備のうえ、「褥瘡予防・治療の進め方フローチャート」で褥瘡発生のリスク評価のサイクルを示しています。褥瘡を食事面から予防するために、利用者一人ひとりの摂取状況を確認するとともに、褥瘡発生歴又は皮膚トラブルが多い人、体重減少率が大きい人については、日常から食事の摂取状態、体重の変動には注視し、栄養ケアマネジメントに取り組んでいます。チームとしての名称などはありませんが、医師、看護師、管理栄養士、機能訓練指導員、介護職員が褥瘡予防対策の関係者として連携、毎月の運営会議で経過報告をおこない方針を共有しています。高リスク対象者（看取り状態など）は入浴時に観察、気になる点があれば介護職から議題に挙げ、状態に合った処置を通じて予防に努めています。現在褥瘡がある利用者は1名、治療に向けたケアをおこなっています（ごく軽度）。医師による診断と指示に基づき看護師は褥瘡判定スケールDESIGM-Rに基づいて重症度を分類し治癒経過を数量化して処置、機能訓練指導員がポジショニングを検討、管理栄養士は低栄養高リスク対象者として2週間ごとにアセスメントをとっています。また看護師の指示により介護職員は日常のケアで除圧、乾燥させない、体交に留意し、「糖尿病でリスクが高いので人一倍気をつけてね」と声をかけあう一方で、担当外の職員への周知徹底が疎かになっています。また現在の対象者も軽度であることから褥瘡ケアの最新の情報収集が不十分であり、最新の研修にも参加できていません。

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。	a・⑩・c
-----	---	-------

<コメント>

喀痰吸引・経管栄養は医師や看護師の指導・助言のもと、個別計画書に基づいて実施・評価をおこない、ヒヤリハット等は毎月の事故防止委員会の場で話し合うこととしています「看・介護連携による医療ケアに関する手順と必要書類」を備え、各ユニットへ「口腔内の吸引・胃ろうによる経管栄養の手順」を配布しているほか、「医療連携ケアについての施設方針」が策定されていますが、管理者の責任を明確に示せていません。ただし、現状としては介護職員がおこなうケースはなく、経管栄養は服薬管理の範疇として看護師がおこなっています。介護職員への喀痰吸引・経管栄養に関する研修や別指導は定期的には実施しておらず、対象となる利用者がいた場合おこなうとしており、特定行為の資格（2号資格）をもつ職員に指導していく予定ですが、そもそも対象者（取得者）が少なくシフトに対応しにくいいため、取得養成に向け研修委員会で検討中です。

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。	a・⑩・c
-----	---	-------

<コメント>

機能訓練指導員は、利用者の状態に応じて個別機能訓練計画書の作成、評価、見直しをおこなっています。その際には状態をよく知り得ているユニット職員や看護師、介護支援専門員に確認し、例えば「手の拘縮がある場合に補佐する必要があるのは脇なのか手なのか」「U字のクッションは脇にはいいが、太鼓枕が必要か」といったことを検討する担当者会議の場へつなげています。日常生活動作を通して残存の機能維持が出来るよう、意図的な機能訓練や介護予防活動をおこなっており、例えば引きこもりがちな人には他ユニットの顔見知りの所へ自走して向かう楽しみをつくり、立ち上がりが悪くなってきた場合は下肢筋力維持のための訓練や隣のユニット仲間と一緒にラジオ体操をする等、その人に合ったメニューが提供されています。またモニタリングを3ヶ月毎に重ね、「ポジショニング・シーティングは写真で残して良肢位を保つ」「椅子、ベッドなどの移乗では本人の力を意識しながらの介助行為でADL低下を防ぐ」といった具体的な取組みにつなげています。生活リハビリを中心として本人の意欲や趣味・趣向から生活意欲を引き出せるよう計画に組み込んでいますが、重度化もあり全員に向けての実施には至っていません。

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。	a・⑩・c
-----	--------------------------------	-------

<コメント>

利用者一人ひとりの日常生活能力や機能、生活歴等は入居時に生活相談員が「面談記録」「日常生活動作の状況」を作成のうえ、看護師、管理栄養士、介護支援専門員、機能訓練指導員、ユニット職員で共有し、入居後1ヶ月と半年毎、多職種による担当者会議で見直しに取り組んでいます。更に、気になる行動や心理症状（BPSD）はユニット会議やサービス担当者会議で取り上げて話し合い、更に必要とされる利用者には医師及び看護師等の関係職員と連携して、行動・心理症状（BPSD）の分析に基づき支援内容を検討しています。職員に対して認知症の医療・ケアについて最新の知識・情報を得られる研修は実施できていないこともあって職員のスキルには差があり、利用者に配慮した支持的、受容的な関わりを重視した援助があらゆる場面であるとは言い難いことは課題です。

認知症の利用者が安心して落ち着ける環境づくりの工夫として、本人の馴染みのモノや好きなモノを持ち込んでもらってはいますが、認知症の進行による混乱で何もないほうが落ちつく場合もあり、また筆筒につかまり転倒してしまった例からも安全確保が優先となり、居室は殺風景になりがちです。困った時は家族から情報収集して役立てるといった工夫に努めてはいますが、症状に合わせて個人あるいはグループでの継続的な取組みはなく、寝たきりの人と動ける人という分け方しかできていません。

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。	a・⑩・c
-----	---	-------

<コメント>

体温は介護職員が朝夕2回、バイタルは入浴時看護師が計測、また看取り対象者は看護師が専任として日々の利用者の健康確認と健康状態の記録をおこなっています。さらに眠りスクリーンによる睡眠状態と呼吸状態の管理の運用もあります。マニュアルを整備のうえ、「視診：部分の色の観察」「夜間事故・急変時対策マニュアル」「窒息時緊急対応マニュアル」「待機ナースへの連絡について」はユニットそれぞれに置き、利用者の体調変化に気づいた場合の対応手順、医師・医療機関との連携体制を確立させています。服薬管理には「与薬」マニユア

ルとともに「誤薬防止の為の服薬介助方法・手順」〈唱和用〉を作成、必ず利用者の顔と名前を見て、「〇〇さん、〇〇食のお薬です」と声に出し、2名の職員で飲込むまでの確認を遵守しており、誤薬はここ2年起きていません。

体調変化や異変の兆候に気づくために、例えば看護師が薬箱回収にユニットを廻る際に注意が必要な利用者の申し送りを夜勤者におこなうオペレーションを組込んだり、職員のストレス軽減も併せて介護テクノロジーの積極的活用（※）も図られています。導入の効用は数多あり、バイタルを数値で把握できることから体調不良の早期発見や、「眠れているので眠剤の量を減らしても良いのではないか」という見解に至った例もあります。

高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用等に関する研修は実施できておらず、パートタイマー職を含み個別指導は十分ではありません。

※見守りシステム（眠りスキャン）の導入—利用者70名の呼吸・脈拍・体動・睡眠情報をリアルタイムに画面で把握できる。睡眠時間、入眠サイクル、呼吸数、心拍数など利用者の状態がモニターに一覧表示され、睡眠や覚醒状態が色の変化で確認できる（熟睡、浅い、起き上がりなど）。転倒リスクを把握し事故予防につながっている

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。	a・⑥・c
-----	---	-------

<コメント>

「看取り介護に関する指針」を整備、利用者が終末期を迎えた場合の対応について方針と手順が明らかになっています。家族、本人とは入居時点での意向確認はおこなわず、体調変化がみられた段階で家族に連絡して回診に同席してもらい、嘱託医からの説明を得たうえでサービス担当者会議（※）につなげ、「看取り介護計画書」「看取り介護についての説明及び同意書」にサインをもらっています。会議には家族を中心に、ターミナルケアチームとして介護支援専門員、生活相談員、看護師、管理栄養士、機能訓練指導員、ユニット介護職員が出席しています。看取りでは、居室変更や音楽をかけたリアロマオイルを焚くなどの快適な環境づくりに努めており、無事見送った後には振り返りのカンファレンスにて次回更に適切な対応に実るようとの体制がありますが、職員自身の精神的ケア（祈りのカンファレンスなど）は実施していません。

職員に対して、終末期のケアに関する研修を年2回実施しています。またターミナルケアチームだけでなく全職員（特にユニット職員）が終末期を迎えた利用者の方針、手順に回覧書にて目を通し回覧しています。「本人の意向確認は取れない為、家族の意向を元に出来る限り叶えられる様にとしている」とのことですが、「可能な限り口径摂取で」といった事業所側の意向的な方針が垣間見え、方法の是非やメリット、デメリットについて家族が共有できていない様子も見受けられます。今後は医療関係者の意見導入及び連携強化が進み、多様な意見に因り「適切な方針なのか」「慣習的な偏りがなのか」が識別されていくことを期待します。

※看取りケア開始にあたりサービス担当者会議では、①週一回の回診と看護師による毎日のバイタル測定と確認 ②清潔を保てるようできる限り入浴を実施し全身状態の確認を行う ③サービス担当者会議を月に一度開催。家族に状態報告する ④状態変化に気づけるよう訪問回数を増やし、声かけに反応あるのでスキンシップを取り、関わりを持っていく ⑤

面会を希望する家族がゆったり一緒に過ごせるよう配慮する ⑥離床出来る限りは人がいる所で過ごしてもらう 等の体制を整えていくことが協議されている

評価対象 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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>家族には契約の場で各専門職が役割に応じて各書式の説明（※1）をおこなうとともにサービスについて話をしています。重要なことは必ず家族に伝わるよう、「緊急連絡先一覧」として常時・緊急時それぞれの連絡先を第3順位まで記入してもらい、連絡がつかなくて困る家族はいません。また家族の仕事に支障なく出やすい時間を予め確認しています。</p> <p>コロナ禍前には本人の状態を面会時に報告してきたことから、新型コロナウイルス感染症対策による面会制限には何らかの工夫が必要だったものの、2年を経てできておらず本人の状態や様子における家族への定期報告は成されていません（※2）。同様に例年励行してきた年1回の家族会の代わりになるものについても検討が遅れています。現在は年1回の介護計画書更新において電話にて要望を聞く以外家族意見を取り入れる機会はなく、面会制限があることで意見ボックスの活用も停止しています。</p> <p>緊急事態宣言緩和以降は、「2回のワクチン接種が完了し体調が良ければ、個室なので短時間ならよい」となり、やや好転しています（これ以前はテレビ通話、玄関ガラス越し）が、状況には浮き沈みがあるため、早期のウイズコロナへの取組みが期待されます。</p> <p>※1 生活相談員：契約書、重要事項説明書／介護支援専門員：暫定ケアプラン／看護師：健康管理、重度化した場合の対応／管理栄養士：食事形態等</p> <p>※2 「きらら通信」も家族に郵送してるが、広報委員会が行事やイベント後に発行する体制で、不定期／請求書などの郵送物には本人の写真を同封することもあるが頻度は高いとは言えない／コロナ禍前には敬老会やきらら祭り、ユニット行事（動物園への外出等）への参加を呼びかけ、利用者と家族の関係継続を図ってきたが、代替を用意できていない</p>		

評価対象 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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>評価外</p>		