

## 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：きらら浜松デイサービスセンター          | 種別：通所介護事業所   |
| 代表者氏名：鈴木祥代                  | 定員（利用人数）： 44名 （109名）   |
| 所在地： 静岡県浜松市南区楊子町 218        |  |
| TEL：053-443-2733            | ホームページ：<br><a href="https://www.kenminkouseikai.net/kirara/hamamatsu">https://www.kenminkouseikai.net/kirara/hamamatsu</a> |
| 【施設・事業所の概要】                 |  |
| 開設年月日 平成 20 年 1 月 1 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： 12名 非常勤職員： 8名  |
| 専門職員                        | 生活相談員 3名   |
|                             | 看護師 3名   |
|                             | 機能訓練指導員 2名   |
| 施設・設備の概要                    | (居室数) (設備等)  |
|                             | 食堂（1）、機械浴（1）<br>個浴（2）、トイレ（3）   |

### 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. 営利を目的とせず、家族、地域住民と共に在る施設運営を目指します。
2. 利用者個々の人権を尊重する介護サービスの提供に努めます。
3. 生命、身体の安全にとどまらず、1日1日の老いの人生を、明るく楽しく暮らしていただける、努力を欠かさない介護サービスの提供に努めます。

### ④施設・事業所の特徴的な取組

地域貢献活動委員が中心となり、町内の草刈りやごみ拾い、ウエルかめクリーン作戦等に参加させていただいたり、地域交流室を開放し、憩いの場の提供させていただいたり、機能訓練機器の開放も行っています。町内のお祭りや防災訓練などの活動にも参加させ

ていただき、顔の見える関係を築いています

### ⑤ 第三者評価の受審状況

|               |   |
|---------------|---|
| 評価実施期間        | 令和4年 9月 1日（契約日 8/1） ～<br>令和5年 3月 31日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 0 回（ 年度）                                      |

### ⑥ 総評

#### ◇特に評価の高い点

##### （1）通常の事業所に付加価値をつけたサービスが提供されています

機能訓練指導員として働く理学療法士と看護師が1名ずつ、配置されています。通所リハビリテーションのように開設の配置基準にないため、理学療法士が働く通所介護事業所は多くはありません。通所介護事業所が一般的に得意とする「美味しい食事」「気持ちの良い入浴」は当然として、運動療法や物理療法により、日常における運動・動作の機能改善や症状悪化の防止に取組み、利用者と利用者家族に飲ばれていることは利用者調査でも確認しています。また通常位置づけが難しい「散歩」が足腰の鍛錬として「楽しい時間」に突っ込んでいることも有益です。

##### （2）利用者の笑顔を求め、業者と事業所でスクラムを組んでいます

食事は外部業者が入っています。施設長、管理者ともに女性であり、常勤職員の男女比は女性が9割ということが影響していると思われそうですが、小さなことに気づいて進言しており、大変美味しいランチが提供されています。ひな祭りのちらし寿司や土用の丑の日の鰻といった時節料理は当たり前として、直火炊きの釜飯や握り寿司などお年寄りが飲ぶメニューが提供され、コロナ禍前にはアンケートを反映してクリームをつかったおやつなども用意されていました。年度末には業者と給食会議を実施、選定にも余念がありません。

##### （3）上位者の姿勢と考えに習い、組織としても接遇に力を入れています

当機関は同施設内にある認知症共同生活介護の外部評価を長年担当してきており、施設全体の姿勢や考え方を間接的に受け止めてきました。前施設長、現施設長ともに人格者であり、利用者や家族だけでなく職員にも思いやりをもった関わりがあることを視認しています。ESがCSに突っ込めることは利用者調査でも確認され、73%という高い回収率（95名に配付、70名回収）であり、85%が満足であると回答しています。送迎時には家族とのコミュニケーションにも配慮し、また職員間でも表情や言い方が大切だと思って上位者が指導をおこなっている成果です。

##### （4）現状に甘んずることない「向上心」をはじめ、優位点が満載です

ICT導入による生産性向上等、受審するまでもなく課題も把握され、さらには法人内の居宅介護事業所の紹介が4割程であるにも関わらず、「待ち」の利用者（1日の定員は44名、現在の利用者数109名）も十分です。このように優位点が沢山あるにも関わらず、「昨年度受審した、法人内の他事業所に刺激され、課題を明確にして更により事業所となりたい」との向上心から第三者評価を受審に至っており、その熱意には敬服します。謙虚であること、誠実であることが、地域の他事業所にも伝搬し、介護保険事業全体の向上につながることも期待するところです。

#### ◇改善を求められる点

(1) 「組織として介護にどのように取組むか」 基本的な考え方の整備を期待します  
職員一人ひとりが、「利用者のために」を考え、いいことも悪いことも前向きに言い合える環境  
あり、相手を想う関わりができていることに秀でている一方で、介護のプロ集団かどうかという点  
では取組みの余地があります。介護の技術や知識が不十分ということではなく、高齢者を支える  
の思いが強いため介護保険が始まる以前の宅老所のようなスタンスが垣間見えることがありま  
す。

(2) 危機管理やクレーム対応について標準的な実施方法が統一されるよう望みます  
上段(1)で述べたようなスタンスがあるかも知れないことで一番気がかりなのは、危機管理(リ  
スクマネジメント)やクレーム対応において不具合が起きやすいことです。高齢者第一主義は事業  
所にとって大切とするところです。それを組織として結実させるためにも観察眼を高め、ヒヤリハ  
ットへの見極めが未然防止につながることを望ましい一方で、事が起きたときの対応方法や発言が  
個人の判断、見解とならないような取組みを望みます。

(3) 標準的な実施方法の書面化が進み、「見直し」の仕組みとなることを期待します  
当面は上段(2)への取組みが高まり、例えばヒヤリハット数が伸びるとか、職員一人ひとりの介  
護への考え方への足並みが揃うことを期待しますが、記録や指導(研修)における浸透の不十分さ  
が影響しているのか、第三者評価を通じて「標準的な対応方法」の確立の遅れも確認されています。  
またそのことで「マネジメントサイクル」の定着についても課題が残ります。標準的な対応方法に  
ついてはまずはマニュアル整備から着手が進むことを願うものです。

(1)～(3)の基盤があるうえで、「居宅介護支援事業所からの紹介」や「認知症対応型共同生活  
介護との入浴設備の貸し借り」といった施設の有する資源を活かしたサービスの重層化が進み、認  
知症や重度化などの地域ニーズに応えることが容易になることを所望します。

#### ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

初めて第三者評価を受審させていただき、施設・事業所に何が求められているのかを確  
認することができました。施設として、「利用者の笑顔のために」と職員が同じ方向を  
目指している一方で、専門職として考え方や教育体制が整っていないことで、職員によ  
ってのレベルの差が生じていることも改めて確認でき、組織全体としても、介護に必要な  
標準的な対応方法の整備と見直しの体制の必要性を感じました。

今後、「安心してご利用いただくために」危機管理をはじめ、様々な対応の仕組みづく  
りを一つ一つ整えるとともに、介護の専門性を高め、施設が有する事業所同士、それぞ  
れの特徴を活かし、様々な地域のニーズに応えられるようにしていきたいと考えます。

#### 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・①・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理念・運営方針は、施設の玄関やデイサービスフロア、ホームページなどに記載され、「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」との考えを「きらら」との言葉に集約した理念と、「地域と共にある」「努力を欠かさない介護サービスの提供」といった方針の一言ひと言は矛盾無く、また職員の行動に直結していることが確認出来ます。また職員は理念実現に向け「何をすべきか」を個別の目標に落とし込み、組織としても年2回のフィールドバック面談を以て支援しています。利用者、家族には「きららだより」で理解を図り、本年度は家族会で説明の時間を設けていますが、周知理解という点では未だ十分とは言えません。</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・①・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設全体として、静岡県並びに浜松市の社会福祉協議会のほか、静岡県老人福祉施設協議会、浜松市サービス事業所連絡協議会の会員となっており、研修や会合の出席に伴い社会福祉事業全体の動向について入手することは出来ていますが、分析には及んでいません。地域の各種福祉計画をはじめ地域における数値把握と分析についても同様です。一方、利用者推移や利用率は毎月、施設並びに法人で共有し、改善向上点を協議することは叶っています。職員には毎月の会議や申し送りで進捗状況を報告、一人ひとりに数字への意識も芽生えてきています。</p> |   |         |
| 3   | I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組みを進めている。        | ②・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人全体の経営状況は芳しくないこともあり、どのように改善すべきかを理事会で議題に上</p>  |   |         |

げるとともに、経営コンサルタントに何が問題なのかの分析を依頼しています。全施設管理者会議では幹部職に報告があり、職員も事業活動収支実績表で知るに至り、全職員総意の下、改善に取り組む予定です。機能訓練の充実を進めるのが最良と考えるものの機能訓練の通所介護事業所が他に1箇所ある為、棲み分けのためにも病気や加齢で機械を使いこなすのが難しくなった場合の支援や、運動以外の希望者の作品作りや合唱をメニュー化するなどの解決を図ってきています。

### I-3 事業計画の策定

|  |   | 第三者評価結果 |
|--|---|---------|
| I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。  |   |         |
| 4  | I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。               | a・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理念や基本方針の実現に向けた目標は明確なものの、経営やサービスに係る中・長期の計画は策定されていません。また「目標は明確」とはいえ、それは昨年度の振り返りを踏まえた年度単位のもので、先行きを見据えたものではありません。以上のような状況で幸いなのは、事業所が「地域の人に必要とされたい」「きららがあるから大丈夫！と安心してもらいたい」と大局で理念実現を考え、その為に「きららの活動を知ってもらおう」と地域の活動に参加するなど実践としては前倒しで進んでいることです。今後は中長期における取組みを书面化するとともに、収支を明示することで実現が高まることを期待します（全体の予算や財務分析はあります。事業毎の収支計画はありません）。</p>  |   |         |
| 5  | I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。                | a・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「大規模Iを維持するため、1日平均利用者数32人を目指す」「理念にある、きらきら輝く笑顔を叶えるため、やりたいことや楽しみは、本人に合ったものを提供する」「職員のスキルアップは、研修参加に留まらず、現場で役立つように工夫したフィードバックをおこなう」「地域の活動に参加し、体操や健康についての話をする」など、年度の事業計画の目標は、取組む施策が把握できるよう具体的に立てられています。「単年度は中長期計画に基づく」ことで成立するため中長期がなければ単年度の計画の有用性は低くなります。収支計画並びに数値目標を組み入れることで見直しや振り返りが位置づけられるなど、事業計画を適切に策定することで実現性と効用が増すよう、望みます。</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・c     |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は、前年度の職員の反省や「どんな事業所にしていきたいか」などの意見をもとに策定されています。事業所の目標が個人の目標に落とし込まれ、個人目標を上期、下期でフィードバック面接により振り返るといった仕組みをつくっていますが、現状の仕組みと記録ですと、個人の目標が事業計画や事業目標に基づき策定されているに留まり、事業計画の評価に取り組んでいるというには不十分です。「個人の取組み状況を鑑みて全体としてどうであった</p>  |   |         |

|   |                                     |       |
|---|-------------------------------------|-------|
| か)、改めて事業所目標と実践の記録、評価があるよう期待します。一方で、個人目標として<br>いることで職員の事業計画への意識と理解促進にはこの仕組みが役だっています。   |                                     |       |
| 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ペーパーでの配付はありませんが、ホームページには事業計画が掲載されています。ウイズ<br/>コロナにも馴染み、本年度は家族会を開催することで、家族にも設備や佇まいを知ってもら<br/>い、事業所の姿勢や目標、職員の想いについて直接説明することが出来ています。ただ、「事<br/>業計画の説明」が主旨ではないため、「事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料」な<br/>どの用意は未だなく、家族や利用者がより理解しやすいような工夫には及んでいません。事<br/>業の前にはポスターの掲示やお知らせを渡して参加を誘いかけているものの、事業の在り方<br/>が「①理念」→「②事業目標」→「③事業計画」→「④事業の実施」の流れとはやや乖離し<br/>ている印象も残り、その為事業の主旨説明が家族、利用者が届いているかは気になる場所<br/>です。</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<br>れ、機能している。          | a・⑩・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>第三者評価は今回が初審であり、またこれまでも自己評価に取組んだ実績はありません。組<br/>織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組としてはアンケー<br/>トの実施をもとに振り返りと課題探索をおこなっています。福祉サービスの内容について組<br/>織的にチェック評価をおこなう体制については、そもそも一定の評価フォーマットにおける<br/>取りかかりがないことから望めませんが、アンケートは家族、職員ともに取組んでおり、家<br/>族のアンケート結果からは家族会の開催が実現しています。今回の受審を経て、自己評価の<br/>重要性を受け止めており、今後は毎年取組むこととし、第三者評価も定期実施に向けて計画<br/>に位置づけたいとしています。</p>           |  |         |
| 9   | I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確<br>にし、計画的な改善策を実施している。 | a・⑩・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員が事業計画に基づいた個人目標をたて、その実践を年2回のフィードバックで振り返る<br/>仕組みやアンケートの実施をおこなうことで、間接的には事情所の福祉サービスの現状把握<br/>があり、その点における職員間の協議の場もありますが、定められた評価フォーマットがあ<br/>ることによる適切な見直しと評価につなげる仕組みの整備には至っていません。適切な仕組<br/>みはなくとも課題は掴んでいて、この時点で小グループをつくり改善向上に取組むといった<br/>ことがあれば「職員の参画」によるものとなり、幹部育成につながるなど組織として有益で<br/>すが、現状改善に向けた展開は施設長や管理者が関わっています。課題は掴めていることか<br/>ら、直近では改善計画を立案することを期待します。</p> |  |         |

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

### Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

|   |  | 第三者評価結果 |
|---|--|---------|
| Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。  |  |         |
| 10  | Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。   | a・⑩・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画において数値目標はありませんが、「事業（収入）計画の進捗報告」「利用者推移」などを「管理者会議における事業報告」シートにまとめ、法人の会議に毎月上げる仕組みがあります。この取り組みから、施設長並びに管理者は、売上と稼働率については定期的な把握があることが確認されています。管理者が役割と責任について、職員の目に入る方法で伝えているかまでは不確かですが、裏方に廻ってフォローに入る献身的な様子は視認しました。職務権限や職務分掌は規程集に収められ、運営規程においても各自の役割が確認できます。また職務分掌には管理者が不在時の職務代行について記載があるも、災害をはじめ有事の場合の権限委譲についての明記はありません。</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・⑩・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利害関係者との適正な関係保持については「職務権限表」で認められ、管理者は取り決めに準じています。保持配置基準、加算といった介護保険上の法令遵守に漏れないよう「法令遵守チェック表」が法人主導で備わり、さらに「法令遵守 点検・取組報告書」として経理処理や労働諸法令などの点検とともに当月のコンプライアンス上の問題点なども整理されるシートがあります。「法令遵守 点検・取組報告書」には法令遵守管理者の役割も明示され、法人の法令への真摯な姿勢が伝わります。所内でも、法令遵守に係る勉強会が年1回は励行され、職員が理解する場を設けています。2022年4月からスタートしたパワーハラスメント防止措置にも呼応して、パワーハラスメントのチェック表にも取り組んでいます。</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・⑩・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析する取り決めや仕組みはありませんが、理念を実践するための目標の実践を通じて福祉サービスの質に関する課題を把握することが叶っています。一方、課題の改善について委員会活動といった具体的な体制はつくれておらず、また職員の意見を集約することもできてはいません。ただし、「選んでもらえる施設」の第一条件として待遇やクレームへの真摯な対応を上げ、係る研修に管理者が積極的に出席する努力を続けるとともに、職員にはその内容について会議などを活用して伝達研修しており、習得が進むようグループワークを導入するなどの工夫を図っています。</p>                                      |  |         |

|   |  |       |
|---|--|-------|
| 13  | Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。 | a・⑩・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「管理者会議における事業報告」を毎月作成する義務づけもあり、管理者は毎月の活動実績を把握しています。目標数字の達成率、利用者推移などの数値のほか、利用者や職員の出入り、地域の動向が組み込まれているので、A4版シート1枚の中で改善点や実効性を高めるポイントが掴めるようにも成っていて、管理者のパフォーマンスを高めています。組織の理念や基本方針の実現に向けた取組みとしては、職員が理念に照らして作成した目標を達成するためにフィードバック面談などの支援をおこなうことで成立させています。経営の改善や業務の実効性の向上に向け、管理者が中心となって組織内に同様の意識を形成するための取組みはありません。</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・⑩・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員に求めている人材像や役割を「理念・運営方針を理解し、ご利用者のために自ら考え、挑戦する気持ちを持ち、それを自ら楽しみ、喜びあえる職員」としており、採用については吟味していた経緯があります。職員の定着率が高いことでのやや慢心があったのか、これまで定期採用をはじめとする求人に対面してこなかったため、採用計画については急ぎ整備中です。法人では今年度から、特定技能ビザで働く外国人の受入れをサポートする登録支援機関との提携で実習生の受入れを開始しており、施設でも2年前には外部からの要請で高校への求人を出した実績もあるため、経験を活かし今後は効果的な採用活動に至ることを期待します。</p> |  |         |
| 15  | Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。                         | a・⑩・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>キャリアパス制度が本年度から本格的に導入され、法人の理念・基本方針にもとづき、職員に期待することや、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度を一定の物差しで評価することが職員に説明周知されています。また併せて研修制度も明確となったほか、人事考課についても自己評価の内容に考課者も関わることで、職員自身の課題が明確となるよう仕組みを整えています。一方、職員からは「介護福祉士等の資格取得後、経験も積む中で具体的に何をすれば自身のステップアップに繋がるのかがわかりにくい」という声も上がっており、総合的な人事考課には取組みの余地があります。</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組んでいる。        | a・⑩・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員の労務管理に関する責任体制・権限の範囲については、職務権限表に「異動」「研修」「休</p>  |  |         |



|  |   |       |
|--|---|-------|
| <p>暇」と細目に渡り記載され、権限者や承認者が定められています。有給休暇や時間外労働は毎月の集計状況を安全衛生委員会で掴み、有給休暇の5日取得義務化への対応にも余念がありません。また職員には毎年意向調査をおこない、悩みや健康などへの把握とともに、施設内の他事業所に転属することで活性化できそうなケースがあれば、面談を重ねて本人の意向を尊重するよう工夫する態勢にあります。また職員からの要望を法人側に伝えられる仕組みや、公益資格取得の援助や転勤では借上社宅の制度があり、更に今年度は介護職の魅力を伝えるべく、ハローワークと協力して施設紹介と見学会を開催しています。</p>   |   |       |
| <p>Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</p>  |   |       |
| 17   | 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・⑩・c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>職員は年間の個人目標を持っています。ただし、それは年度の事業計画、事業目標に準じたものであるため、「目標管理の仕組み」というには異なるものになっています。本年度からキャリアアップ制度が始まっていますので、その取組みで目標管理が定着することを期待します。前述のように「職員一人ひとりの育成に向けた取組」との本来のねらいとは離れていますが、年2回のフィードバック面談では丁寧な中間確認もありますので、現在実施がない「目標項目」「目標水準」「目標期限」が組み込まれ、到達可能な水準～少し背伸びをする程度の適切な目標設定としていくことは一つの課題です。</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・⑩・c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>今年度からキャリアパス制度が導入されています。キャリアパスとは、「積み重ねた経歴」を意味する「Career」と、「道筋」を意味する「Paths」を組み合わせた言葉であることに始まり、どのように自分の目標に到達するべきかを考えることを組織の仕組みに組み入れたこと、何をどうすればよりよく活用できるかといったことが、本年4月に職員に説明されています。介護が初めての正職員は、認知症基礎研修、初任者研修の取得、勤務経験3年を経て介護福祉士の取得に至り、総合職4級を目指すこととなります。職員として目指すところは明示されていますが、どの時点でどんな資格や研修に必然的に参加すべきかの判断の明示はないため、指導や面談といった側面的支援が必要です。</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・⑩・c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTの実施はありません。まずは入所系に義務づけられている身体拘束排除の研修に併せてOJTトレーニングのプログラムを備え、新人や転属者には標準的な指導をおこなうことを望みます（新人には教育担当者が付けられています）。また自己評価では「個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況を把握している」としていますが、取得資格は随時把握されたとしても技術や知識の変化は掴みにくい為、一定の期間をおいてのOJT若しくはチェックの仕組みも期待するところです。研修自体は本人の希望と事業所の勧奨のいずれかで、実績的にはどの職員も年1回は外部研修への参加に至ってはいます。</p>                      |   |       |
| <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。</p>   |   |       |
| 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・⑩ |

<コメント>

実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制整備はなく、教育・研修はおこなわれていません。ただし、コロナ禍で中断しているものの、実習生の受け入れは平成29年の初任者研修受講者まで、また令和元年まで継続して学生の職場体験も受入れており、実績はあります。福祉の人材を育成すること、また、福祉に関わる専門職の研修・育成への協力は、介護保険事業所の社会的責務の一つであり、実習生等の介護に関わる専門職を受け入れることで採用につながる場合もありますので、書面や体制を整えて取組むことを期待するとともに、担当者を定めて窓口を明確にしたうえで指導者に対する研修の実施があることを望みます。

## 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。       | a・①・c   |
| <コメント><br>ホームページ内には、施設の理念や運営方針、事業計画や決算情報等が公表されています。苦情内容は毎月の常勤理事会における苦情報告とともに対応が話し合われたうえで、改めて半期ごとの第三者委員会で検証され、ホームページを活用して公表されています。ホームページを通じて事業所の取組みや財務に関する情報は広く公開されていますが、地域へ向けて、理念や基本方針をはじめ事業所の取組活動を説明した印刷物や広報誌の配付には至っていませんが、施設見学会や利用希望者の見学、就職希望者には説明とともにパンフレットを手渡しています。またこれまで福祉サービス第三者評価を受けたことはなく、今回が初審です。   |   |         |
| 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。 | a・①・c   |
| <コメント><br>監査におけるルールや職務権限や職務分掌は規程集で明確にされており、事業所内で供覧することで自分の役割の確認ができるようにしています。法令遵守、各種マニュアル、苦情受付などの書類確認を項目とする「監事監査」が年1回され、報告書も書面で得ています。令和3年度の監査意見としても挙がっていた「内部監査の再開要望」は、コロナが終息方向にあると判断された本年度は再開、法人内他施設の職員が当施設に集まり、人員配置や運営状況等の検証がおこなわれています。内部監査は県内東中西に渡る法人施設13事業所一斉に取組み、当事業所職員も東中の施設に内部監査員として出向き、貴重な学びの機会を得ています。 |   |         |

## 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。 | a・①・c   |
| <コメント>                      |                                       |         |

|   |   |              |
|---|---|--------------|
| <p>地域貢献活動をするにあたり、「地域の中で施設としてどのような存在でありたいか」が記載された冊子を作成、地域貢献委員会を中心に活動が推進されています。町内の回覧板を休憩室に置いて行事などの情報を提供するほか、社会資源については南区の地域包括支援センター監修の社会資源情報が施設内の居宅介護支援事業所の管理で備わっています。町内の楊和会（婦人会）の会員としてお祭りにも協力、地域貢献委員会では馬込川の河川敷の草刈りや防災訓練に参加しています。利用者が地域活動に参加するためのボランティア紹介や支援の体制については、事業所のOBに呼びかけることなどに取組みの余地があります。</p>   |   |              |
| 24  | <p>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。</p>           | <p>a・⑩・c</p> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>学校教育への協力についての記載はありませんが、「ボランティア受入れに関する基本姿勢」は「きらら浜松 ボランティア受け入れマニュアル」に明記されています。受入れにあたっては、守秘義務や営利目的の活動をしないといった内容について「誓約書」の提出を義務づけて、安全を担保しています。ボランティアに対して利用者との交流を図るうえでの注意点や心構えなどを理解してもらうオリエンテーションはおこなっていませんが、これまで幸にもトラブルはありません。また今年度は3年ぶりの「きらら祭り」が開催され、学生ボランティアに活躍してもらっています。活発なだけに、ボランティアへのオリエンテーションプログラムの確立は期待するところです。</p> |   |              |
| <p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>  |   |              |
| 25  | <p>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。</p> | <p>a・⑩・c</p> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>浜松市介護サービス事業者連絡協議会や静岡県老人福祉施設協議会、静岡県社会福祉協議会の会員です。随時研修や集まりに出席、特に浜松市介護サービス事業者連絡協議会では定期的な会合があり、タイムリーな情報を得ています。他にも自治会役員から地区社協の活動情報を提供してもらえたことで、子育て支援との関わりが始まっていたり、地域の長生会（老人会）の要請を受けて介護講座を開催していますが、未だ「点」の段階であり、地域の共通の問題に対して、解決に向け協働して具体的な取組みにするとした「線」や「立体」にするには至ってはいません。地域の問題や社会資源の職員共有については浸透を万全にする仕組みの検討を期待します。</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>                  | <p>⑩・b・c</p> |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域の福祉ニーズや生活課題の把握に努めていることは、社会福祉法人の責務として「地域貢献活動委員会」が設置されるとともに、地域貢献活動の年間計画が策定されていることから確認できます。令和4年度は4月の町内ごみ拾いから始まり、草刈り、地区防災訓練、施設公開（見学会）と、毎月趣旨に基づいた取組みがあります。地区社協の会合はコロナ禍で休止していますが、併設の認知症対応型共同生活介護事業所で開催する隔月の運営推進会議を通じて民生委員や地域住民の声も拾っています。また地域からの要請にはできる限り応えており、理学療法士や看護師が中心となつての健康体操や血圧・腰痛についての講義は大変</p>                    |   |              |

|   |   |       |
|---|---|-------|
| <p>歓迎されています。</p>  |   |       |
| 27  | Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。 | a・⑩・c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         地域ニーズを収集するには及んでいませんが、公益的な取組みは地域貢献委員会が中心となり計画され、活動はホームページにも掲載しています。防災対策等住民の安全・安心のための備えや支援については立ち後れています。ハローワークからの依頼で「私にとっての介護の仕事」と題した講話を提供したり、施設内他事業所職員が移乗移動の介助の講座をおこなうといったノウハウの還元は継続して取組んでいます。また施設には使い勝手のよい「地域交流室」があります。地域からは「開放して欲しい」との熱いエールがあることは承知していますが、コロナ禍の影響もあって未だ具体的な取組みには至っておらず、今後の課題としています。</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 |
|---|--|---------|
| <p>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>  |  |         |
| 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・⑩・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         理念や運営方針は掲示され、新しい年度に入る前には理念実現のための環境設定や取組み方法を職員が考え、実践への目標を立てています。「利用者が楽しく笑顔とともに過ごせるよう考える努力を欠かさない」という理念に込められた思いが継続されることに、職員の目標設定の仕組みが大いに生きています。「自分だったら受けたくないと思うような対応は絶対にしない」という気持ちを持ち続け職員が行動すること、それが法人の行動規範であり、「今日もきららに来てよかった」と思ってもらえる対応やサービスを職員が目指すことにつながっていますが、利用者の尊重や基本的人権への理論的な理解や具体的な配慮が全体に浸透する為にもチェックリストや研修などを手厚くすることを望みます。</p> |  |         |
| 29  | Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。        | a・⑩・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         個人情報保護規定をバックボーンとして「介護場面におけるプライバシー保護」のマニュアルが事業所には備わっています。係る研修については「年1回以上はおこなう」といった位置づけはないものの、「介護職員として心構え」に基づいた勉強会が随時おこなわれています。入浴では男性女性の入れ替え時の配慮や、洗身中はタオルをかけるなどが励行され、トイレでの見守りに拒否感が滲む人にも気持ちを汲んだ声かけが検討されています。また訪問時にも利用者の中に入って人間関係を緩和させている職員の対応も視認しました。ただプライバシー保護や権利擁護に関する取組みについて、何か事が起きない限りは、利用者やその家族に説明する機会を設けてはいません。</p>             |  |         |
| <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。</p>  |  |         |

|   |   |       |
|---|---|-------|
| 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・⑩・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>パンフレットは備わっていますが、見学者や来訪者に手渡すことが主で外部の公共施設等には置いていません。事業所を紹介するツールとしては、「きらら全体のもの」「理念・運営方針」「当事業所独自のもの（料金表を含む）」「一日の流れがわかるもの」の4種をセットにしており、食事や浴室の写真も掲載するほか、特徴が箇条書きで端的に現され、分りやすいものになっています。見学、一日利用の希望には、事前に都合のよい時間帯確認するだけでなく、どの時間なら検討の選択枠が広がるかにも提案して日程や時間を決めてもらっています。案内は概ね管理者が担当するものの、対応可能な職員を増やすとともに、情報提供の方法については見直しが定着することを期待します。</p> |   |       |
| 31  | Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。              | a・⑩・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>契約については、生活相談員が本人若しくは家族同席で交わしています（認知症等利用者が判断できない場合は、契約は家族のみ）。契約書・重要事項説明書以外に事業所の利用にあたって必要な情報（送迎時間・持ち物・キャンセルの取り決め等）を一枚にまとめています。概ね初回に説明しますが、時間経過で失念することも間々あるため、延長利用等そのサービスを利用するとき再度説明しています。改正で加算変更があるといった費用負担に影響する事は、出来るだけ家族に直接手渡しの説明を旨としていますが、独居者には連絡ノートを活用し伝えることもあります。生活相談員が同じように説明できるように契約時のマニュアルも作成されています。</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・⑩・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情や本人の状態変化など、何らかの事情で福祉サービスの内容変更が求められる場合には、管理者が相談窓口にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮しています。また利用が一時停止になるなどイレギュラーな対応には、その理由や必然性の理解を進めるだけでなく、やりきれない当事者の気持ちに寄り添うことを旨としています。他事業所や家庭への移行にあたって事業所の手を離れる場合、その後の相談方法や担当者を記載した文書を渡すといった配慮や、福祉サービスの継続性を保つ手順と引継ぎ文書の備えはなく、現状は居宅介護保険事業所の介護支援専門員に委任しています。</p>                                   |   |       |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。   |   |       |
| 33  | Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。                 | a・⑩・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別の相談面接や聴取、利用者懇談会の実施はありませんが、利用者満足に関するアンケートを毎年おこなうとともに、本年度はアンケートから実現の運びとなった家族会を実施しています。転倒や靴の選び方の質問も入り、家族のヨコの関係もつくられ、また家族が利用者の事業所での過ごし方に関心をもってくださっていることも知ることができています。参加した職員からも「何回かに分けて開催したらどうか？」と前向きな意見も聞かれています。</p>  |   |       |

|  |   |       |
|--|---|-------|
| 利用者満足に関する調査の担当者や検討会議の設置はないものの、把握した内容についての改善は随時進め、できない点については丁寧に理解を求めています。   |   |       |
| 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。                | a・⑩・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決責任者は施設長、苦情受付担当者は管理者とし、第三者委員の設置を含み、苦情解決の体制を整備しています。毎月常勤理事会で上げられた苦情は、その後各施設の管理者が会する管理者会議にて再発防止策などが協議され、また第三者委員会（年2回）にも議題とし、苦情を財産とする仕組みとしています。「苦情解決に関する規程」「県民厚生会 苦情対応マニュアル」「福祉サービスに関する苦情解決Q&amp;A」と、各種仕様を取りそろえ、苦情については朝の申し送りで1週間（シフト交替がある為）読み上げをおこない周知を図っています。重要事項説明書にて苦情の相談窓口については説明されていますが、苦情解決の体制について利用者や家族に伝えるには至っていません。</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・⑩・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>契約での説明や連絡ノート、きららだよりで、「気軽に意見や相談をお願いします」と伝えてはいますが、複数の方法の提示や相談者を選ぶことなどの具体的な解説や掲示はおこなっていません。連絡ノートには職員のコメントの下に家族コメントの欄をつくり、記載があった場合には必ず連絡するようにしており、面談が必要と事業所で判断された場合や、本人または家族が面談を希望したときは、速やかに実現させています。事業所は複合型のため相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの選択肢はあり、相談者に話しやすい場所を確認するようにしていますが、深刻な場合には「相談室」としています。</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・⑩・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員には家族、利用者とのコミュニケーションに重きを置くことが浸透しており、管理者は相談を受けやすい状況にあると考えていますが、年1回アンケートを実施して利用者並びに家族の意見を積極的に把握しています。意見箱については過去には設置していましたが、投函されることがなかったため撤去しています。家族は連絡ノートで問い合わせや相談が入ることがあり、自立の利用者は直接電話をくださる事もあり、比較のカジュアルなやり取りが見られます。職員間の共有が必要な内容については申し送りノートにコピーを添付して「知らなかった」という事が無いようにしています。苦情相談にはマニュアルがありますが、「相談」に関する対応にマニュアルはありません。</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・⑩・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>リスクマネジメントに関する責任者であるリスクマネジャーの選任、配置はありませんが、リスクマネジメント委員会を設置、隔月開催にてリスクマネジメントに関する整備を図って</p>  |   |       |

|  |  |       |
|--|--|-------|
| <p>います。「介護事故防止・対応に関する基本的方針」において、事故発生時及び対応、報告について手順が敷かれ、標準化された方法を遵守しています。例えば介護支援専門員からの変更連絡が適切に把握されてなかったケースでは、届いたFAXを綴じるまでの手順共有が成されていないとの原因を掴み、内容を供覧していますが、全てを職員は目にするわけではなく、管理者が必要度合いで取捨選択をしています。事故防止策、安全確保策の有用性については事業所で報告書を通じておこない、リスクマネジメント委員会にて定点観察をおこなうなど評価、見直しをおこなっています。</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・⑥・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症対策については「感染予防対策の指針」を策定し、「感染予防対策委員会」が本件に係る責任と役割を担っています。感染症の対応マニュアルに基づいた対応で予防や是正を図るとともに、実際不具合や、新たな対策が求められる場合には、「感染予防対策委員会」がマニュアルの見直し、是正をおこなっています。感染が疑われたときには、管理者と看護師が中心となってマニュアルに沿って対応しますが、新型コロナウイルス感染症は国の指導を含み随時対応が変わっていくため、職員にはその都度通達を出し、家族にも便りで情報を届け、事業所と足並みを揃えてもらっています。新型コロナウイルスについては3年かけて整備の足跡が明瞭ですが、他の感染症についての取組みを併せて期待します。</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・⑥・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>防災規程や災害に対する基本方針があり、BCP（事業継続計画）も毎年見直しがおこなわれています。総合防災訓練年2回、風水害訓練（日中）年1回、炊き出し訓練年1回、起震車体験、安否確認訓練年2回以上と豊富なメニューを揃えており、他事業所の訓練も加えれば施設内で毎月訓練実施がある程です。災害時の安否確認は、安否情報システムANPICが導入され、定期訓練をおこなっているものの、サービス時間外の確認方法は決められていません。また職員の安否確認方法も定まってはいません。備蓄品はリスト化し、担当職員が管理をしています。防災計画を更に整備のうえ、地区社協や消防署、自治会等と連携する体制をもった訓練については未達です。</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・⑥・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入浴・排泄・送迎など、標準的な実施方法のマニュアルにはプライバシーへの配慮の記述が含まれています。標準的な方法を原則対応とするも、利用者によってはイレギュラーな対応も求められるため、まずは基本を習得するよう指導のうえ、柔軟に取り組んでいます。ただ、一人ひとりについては職員によって違うということがないよう個別の普遍的な関わりを旨として、会議や申し送りノートで、ケアの統一を図っています。新人職員に対しては教育担当</p> |   |         |

|   |   |       |
|---|---|-------|
| <p>者が指導をおこなっていますが、現任者が標準的な実施方法にもとづいてケアサービスを実施しているかどうかについては確認する仕組み並びに記録はありません。</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・⑩・c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/> 介護計画書の見直しは短期目標ごとに、定例の会議の場でおこなっています。また急ぎで変更がある場合は朝の申し送りで伝え、意見を共有して見直し、検証を図っています。モニタリングは担当職員がおこない、内容の見直しの案件があれば他の職員に諮り、変更が必要と判断されたときには介護支援専門員に報告・提案するという仕組みが定着しています。福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法を組織で定められていないため、福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しについての定期的な実施もおこなわれていません。</p>  |   |       |
| <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。</p>  |   |       |
| 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・⑩・c |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/> 福祉サービスの実施計画の見直しはモニタリングを経て、介護支援専門員の召集を以てサービス担当者会議に参加し、利用者の意向と関係の各事業所との意見共有の下、介護支援専門員の提案プランに基づいて計画を作成しています。サービス担当者会議では各種専門職の意見を尊重しつつも、当事業所の機能を最大限に活かした関わりについて提案するよう努めるとともに、困難な事例や状態が変わりやすいケースには、介護支援専門員との密な連携を第一としています。「福祉サービスの実施計画どおりに取組んでいるか」確認する仕組みの構築は課題です。また内部監査で指摘を受けたアセスメントについては、把握すべき情報を中心に記載できるシートを現在作成中です。</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>&lt;コメント&gt;<br/> 福祉サービス実施計画の見直しについて、見直しを行う時期を3ヶ月に1度とし、サービス担当者会議の参加は主に生活相談員が担当しています。また利用者の意向把握と同意を得るための手順や変更においては、サービス担当者会議の開催を提案するといった仕組みを定めています。サービス担当者会議の記録は申し送りノートで供覧し、職員が周知しています。毎月の会議では利用者へのサービス内容や状態について、気になることや提案を職員に出してもらい、質の向上に関わる課題が明確にされていますが、標準的な実施方法に反映すべき事項をマニュアル修正につなげることの実績はありません。また、緊急に変更する場合の仕組みについての書式化も成されてはいません。</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>&lt;コメント&gt;<br/> サービスの記録については、総じて事業所の課題です。利用者の身体状況や生活状況は担当の介護支援専門員から譲り受けており、組織が定めた統一した様式による把握には至って</p>  |   |       |



ません。記述のスキルが職員によって異なる点の改良や、計画書に定められたサービスを確実に実施したかのモニタリングの整備も遅れています。また情報の分別や必要な情報が的確に届くような組織的な仕組みについても取組みの余地があります。現状は申し送りノート（電子化により2重記録が現状おこなわれています）の確認欄を以てケアサービスの共有が図られ、検討が必要な点は会議を通じて解決に至っています。また利用者の状態や家族からの希望がある場合には、記載の仕方や伝達方法を管理者の号令の下、統一する工夫も見られます。

|    |                                  |       |
|----|----------------------------------|-------|
| 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。 | a・⑥・c |
|----|----------------------------------|-------|

<コメント>  
 個人情報保護規程には利用者の記録の紛失・漏洩・改ざんが起きないように記載がありますが、記録の保管期間や保存・廃棄方法、情報の開示等についてはありません。また記録管理について個人情報保護の観点から記録管理責任者を設置するのが望ましいと考えますが、事業所では「通所介護計画書の担当職員が管理する」としている為、各書面によって責任者が異なるという状況にあります。利用者や家族には契約時に個人情報の取扱いについて説明をおこない、同意書も交わしています。USBは毎日本数を確認し、鍵のかかる場所に保管するといった組織としてルールはありますが、職員一人ひとりが遵守しているかについての裏付けや担保は毎年1度の勉強会における意識付けのみの為、取組みの余地があります。

## 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・⑥・c   |
| <コメント><br>事業所には機能訓練指導員2名（看護師、理学療法士）が勤務しています。作業療法・機能訓練が1日のプログラムにメリハリを付けており、家族や利用者からも「足腰に力がついた」と評価されています。色ぬり、計算、クロスワード、四字熟語クイズ、お金計算シート、トレイルメイキングシートなど多彩なメニューはファイルから利用者にもその日の気分で選んでもらえているほか、洗濯たたみや縫い物など生活リハビリに励む人もいます。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をおこなってはいるものの、利用者の自立に配慮した援助や、活動参加への動機づけという点では取組みの余地があります。 |   |         |
| 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。 | a・b・c   |
| <コメント><br>【評価外の項目】   |   |         |
| 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   |
| <コメント><br>【評価外の項目】   |   |         |

|  |  |       |
|--|--|-------|
| 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・⑩・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>大規模施設のため一人ひとりに向き合うこととは十分とは言えないものの、送迎や入浴介助の更衣の場면을コミュニケーションの機会としていて、子育ての終わった中高年の強みを活かした職員の「声かけ」が励行されています。また話を聴くことの重要性は管理者から常に伝えるとともに、話すときはTPOにも気遣っています。利用者の背景、性向の特徴などをアセスメントや普段の会話などから得た事は関わりに反映させてはいますが、まずは2点の取組みに期待します。①定期的なカンファンス開催により、コミュニケーションの方法や支援について検討する機会をもつ。②（コミュニケーションスキルは本来センスの範囲でもある為それのみで取組むのは優先順位として高くはないので）認知症への対応技術の定期勉強会を開催する。</p>                     |  |       |
| 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・⑩・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設には入所系もあることから、「身体拘束廃止未実施減算」に係る取組みには当事業所も足並みを揃えとともに、「身体拘束ゼロ宣言」も表明しています。更に事業所から委員が選出され、1ヶ月ずつずらす形で高齢者虐待防止委員会、身体拘束廃止委員会が四半期毎に開催、各事業所の不適切ケア事例の検討や動画視聴で意見交換が進められ、内容は事業所に持ち帰り、所内で共有されています。総じて取組めてはいますが、利用者の尊重と権利擁護は、事業所の使命・役割の基本であり、虐待の権利侵害を防止することは法令で必須とされる事項です。よって、取組の重要性を鑑み、取組が万全でない次の2点は速やかに改善するよう望みます。①利用者の権利擁護のための具体的な取組を利用者や家族に周知する。②利用者の権利擁護について職員が把握しやすいよう書面化する。</p> |  |       |

## 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・⑩・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所のフロアは高い天井とゆったりとしたスペースで、南向きのため自然光も入り、開放的な作りとなっています。楽な体勢が保てるようクッションや足台は職員の手作りが揃い、利用者にも歓迎されており、休息スペースが確保されていることも視認しました。シルバーカーや歩行器の動き出しを確認する配慮はありますが、事業所の利用が人気なことから現状人数が多い為リスクマネジメントには取組みの余地があります。空調は職員の感じ方で判断することなく、一定基準を確保したうえで、場所または人によって異なる感じ方は都度確認して移動してもらうなどの支援をおこなっています。介護計画書の更新時の面談や日常の会話</p> |   |         |

などで確認可能な機会はあるものの、事業所のとるアンケートでは環境に特化した設問での確認はされていません。

## 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・⑩・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入浴の種類は個浴、大風呂、機械浴があり、サービスは始まる前（契約・サービス担当者会議）に必ず本人または家族に確認して決定しています。入浴ではバイタルのダブルチェック後に、本人の意向と体調を看護師が調整のうえで、入浴方法を判断しており、設備には手すりをはじめ必要な備品配置もあります。入浴の拒否には担当職員の変更や、傾聴に時間をかけるなどの工夫をおこない、感染症や皮膚トラブルには入浴の順番を最後とし、また個浴の湯を入れ替えて対応しています。着替えや洗身などは自分で出来る場合は見守り対応として欲しく思いますが、帰りの時間もあって職員が手伝ってしまうこともあります。入浴は全身観察の好機として、変化は介護支援専門員や家族にも伝えるほか、記録には文字だけでなく部位の撮影を残しています。</p> |                                       |         |
| 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   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「出来るだけトイレで」を推進するために、「尿意がない」「失禁が頻回」など症状に課題がある場合は排泄の一覧表に記載し、声掛けでのトイレ誘導をおこなっています。大きな声は無論のことダイレクトに尋ねる職員はなく、席からの立ち上がりからさりげなく声をかけることが関わりに溶け込んでいます。備品は万全とは言えず、便座が低めの作りとなっているトイレもありますが、使い勝手が悪くならないよう工夫があることを視認しました。安全が確保されないと判断される時には、トイレの中に入ることもありますが、トイレには鍵がかけられるようにしており、扉にも使用中の札を備えています。ひどい下痢や出血など気になる症状があれば看護師に対応を委ね、連絡ノートの記載で家族に伝えています。</p>                  |                                       |         |
| 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   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の心身の状況や意向を踏まえた移動・移乗の支援、安全面の配慮については、通常の介護計画書とともに個別機能訓練計画が理学療法士により策定され、介助の必要性の見直しや「適切な補助具なのか」といった確認は理学療法士の意見を仰ぎながら、介護支援専門員をはじめとする関係専門職に報告をおこなっています。歩行器やシルバーカーは可能な範囲で自宅使用のものを持ち込むか、同じタイプを事業所で貸し出して「自分でできる」ようにしています（車いす5台、歩行器8台を保有）。通路のスペースと安全の確保には配慮と工夫がありますが、人数を沢山受入れることはそれだけリスクが増すことであるため、事業所として何を目指した運営とするのかを改めて検討することを期待します。</p>                      |                                       |         |
| 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>マニュアルにもとづいた衛生管理は、委託業者に一任していますが、今後は定期的に施設でも衛生チェックに入ることなど、更なる連携には取組みの余地があります。利用者にはアンケートでどんなメニューがいかを確認しており、その情報も踏まえて委託業者とは年1回給食会議をおこない、事業所の意向や利用者の好みや嗜好を伝えています。家庭での食卓と重なることを避けたいとか、「何を食べたのだろう」と気にする家族には献立表を配付するとともに、フロアのホワイトボードでも利用者にお知らせしています。ランチタイムはゆったりした音楽を流し、おしぼりは使い捨てで衛生を高めるなど、気持ちよく過ごしてもらえよう配慮しています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>栄養ケアマネジメントは加算取得せず、給食業者の管理栄養士の献立で栄養バランスを保持しています。「経口での食事摂取を継続するための取組」「誤嚥、窒息など食事中の事故発生の対応方法を確立する」ことについては課題です。看護師配置はあるも、特に誤嚥は命に関わることだけにハイムリック法をはじめとするリスク対応は所内研修で一人ひとりの職員が習熟することを期待します。歯科医との連携はなく、嚥下や口腔内の状態について職員の気づきがあれば、食事形態を改良提案しています。また食事前には嚥下体操やアイスマッサージのほか、本人の状態にあった用具を選び、職員のラウンドで安全を図っています。水分量は必要のある人のみですが、食事量の記録は残しており、指示があるものは食札に記載しています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ベッドで休んでいるとか横臥状態で自身での手入れが難しい人や「やってほしい」「手伝ってもらいたい」と希望する人には口腔ケアを実施するとともに、介助が必要な人の口腔内の様子や痛みの訴えがあった場合は、職員が確認をおこなっています。視認を通じて歯のぐらぐら、入れ歯の不一致などを発見したときは、家族や介護支援専門員へ情報提供しています。「全ての病気は口の中から」と言われています。施設の中に入所系がありますので、歯科医の訪問や連携から歯科衛生士の指導を受けられるように組むことや、知識や技術が膨らむことで介護計画書に口腔ケアの支援が具体的に記載され、ケアサービスの品質がより高まることを期待します。</p>                                      |   |       |
| 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・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>【評価外の項目】</p>  |   |       |
| 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・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>【評価外の項目】</p>  |   |       |
| 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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所には機能訓練指導員がおり、要介護度の改善や機能の向上を図るだけでなく、利用者本人が現在もっている機能を維持するための働きかけが日常にあります。3ヶ月に1度の居宅訪問を位置づけ、住宅環境や本人の心身状態に鑑みた訓練が計画されています。家庭内の浴室やトイレ、寝室を見せてもらうことで、通いの内容の改善ヒントもあるほか、家庭生活における動線確保やリスク管理を提案することもあり、記録も残しています。また介護予防活動にも取り組み、要支援者の評価は月末に介護支援専門員に報告しています。利用時の訓練や作業に対する理解度、身体の動きを観察することで、認知症状がみられる場合は、早めに介護支援専門員に報告しており、今後の対応や対策等を相談するようにしています。</p> |   |       |

|  |   |       |
|--|---|-------|
| 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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>四半期に1度の居宅訪問ではアセスメントをおこない、家庭での様子を確認しつつケアに反映させていますが、認知症用のアセスメントシートの備えはありません。周辺症状（BPSD）がある利用者には妄想や興奮状態を受入れるとともに、日々の観察を欠かさず、その時の状態に合わせての対応方法を朝の申し送りで伝えあい、職員間で心構えを共有しています。歩き回ったり落ち着かないときはマンツーマン対応や、席順を替えるなどの検討をおこなっています。認知症の基礎知識や対応の仕方（ユマニチュード）の勉強会をおこなっていますが、まだ入り口段階です。一方、家族には家族会で認知症への理解を求める内容を講話できたことは本年度の収穫でした。</p>  |   |       |
| 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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>急変時で直接主治医に連絡をすることはありません。おおよそは事業所の看護師の判断の下、家族へ連絡又は緊急であれば救急搬送となりますが、利用者ファイルには緊急連絡先や身体状況、服薬を綴じて、どのような場合にも速やかな対応できるようにしています。迎いの車中、入室の場面、荷物を置く場所の確認、席を決める場面、バイタルチェックなど、利用者本人の顔を見て、また声を聞く機会において確認を怠らず、その日の調子を把握しており、特に食事量と排泄状況において常とは異なることがあれば管理者や看護師に速やかに連絡が入っています。介護職員が薬情を把握する態勢にはありませんが、所内の看護師を講師として高齢者の健康管理や薬の副作用に関する勉強会や、体調変化時の対応について学ぶ機会をつくることを期待します。</p> |   |       |
| 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・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>【評価外の項目】</p>  |   |       |

## 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  |                                    |         |
| A⑱   | 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・⑩・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>居宅訪問、送迎、連絡ノートなど、家庭と情報共有をおこない連携につなげるツールがあります。今年度は家族会もおこない、家族と職員、家族と家族、家族と（家族でない）利用者とコミュニケーションの花が咲き、家族からの質問も沢山届いて、「次もやりたい」と意欲の高まりに実を結ぶものとなりました。また家族会では機能訓練やレクリエーション、認知症に係る接し方、靴や紙パンツの適正など解説するに至り、介護を具体的かつ身近に感じてもらうことが出来たことも成果です。以上のように家族とフェイスTOフェイスの関係性がもてていることは事業所の強みであり、さらに家族の体調が悪い場合は送迎時の対応を変更するなど利用者ファーストとともに家族ファーストで柔軟に対応できる事も優位点です。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>【評価外の項目】</p> |   |         |