

## 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：グリーンヒルズ東山	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名：小澤 優	定員（利用人数）： 140名
所在地：静岡県浜松市西区大山町 2958-1	
TEL：053-414-6001	ホームページ： <a href="http://www.keiseikai6001.or.jp">http://www.keiseikai6001.or.jp</a>
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 平成15年2月1日	
1. 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 慶成会	
職員数	常勤職員： 68名 非常勤職員 45名
専門職員	医師 2名 介護支援専門員 2名
	看護師 9名 管理栄養士 2名
	准看護師 2名 機能訓練指導員 2名
	歯科衛生士 1名 介護職員 75名
	生活相談員 2名
施設・設備の概要	（居室数）個室78室、個室的多床室72室、 （設備等）一般浴槽19個、特殊浴槽3個、食堂及び談話室14室、機能訓練コーナー3室、相談室3室、整容室3室、医務室1室、喫茶室1室、地域交流室2室、歯科室1室、トイレ104個

### ③ 理念・基本方針

- 1) やさしく・ゆったり・よりそっての法人理念に基づき、お一人お一人のグッドネスクア（いいところ探し）を具体的に進めます。
- 2) ご利用者、ご家族と社会の繋がりを大切にするコミュニティケアを大切にします。
- 3) ターミナルケアへの取り組み、人としての尊厳を守ります。
- 4) ご利用者及びご家族の皆さんと共に潤いのある生活となるように環境を整えます。
- 5) 職員が意欲的により良いケアを目指し、成長できる環境を作ります。

### ④ 施設・事業所の特徴的な取組

〈人的サービス面の特徴的な取組〉

- 1) 専門的知識を持ったスタッフ（介護士、看護師、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士、栄養士、相談員、介護支援専門員）によるチームで一人のご利用者を支えるチームアプローチ。
- 2) サンクスカード導入。職員同士いつもありがとうを表現できる仕組み作り。ありがとうを言え

なかった、言いそびれた時の気持ちを言う手段として活用。ありがとうは言わなかったら伝わらないことを発信している。

- 3) 5S活動の推進。整理整頓清掃清潔 いつでもだれでもが現場の改善意識を持ち自分の職場作り、働きやすい環境作り、改善することで入居者の安全の確保に役立てている。

〈設備・環境面の特徴的な取組〉

- 1) 介護機器（リフターや機械浴等）の充実による、ご利用者への負担のない安心・安全な介護の提供と職員への業務負担軽減、働きやすい環境作り。
- 2) 介護ロボット（見守り機器）の眠りスキャン導入により、夜間の睡眠状態を把握する事で利用者への安眠の提供や安心・安全な介護の提供と職員への業務負担軽減、働きやすい環境作り。
- 3) インカム（トランシーバー）の導入により、職員同志が助け合えるためのアイテムとして活躍している。また情報を全ての職員がリアルタイムにて共有することが可能となった。

## ⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年11月1日（契約日） ～ 平成31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21年度）

## ⑥ 総評

◇特に評価の高い点

### (1) 経営課題を明確にし、業務の実効性と改善を高める取組みに優れている

アメーバ経営（※）の姿勢と手法が浸透したことで予算化と実務計画が現実的となり、介護機器の充実（リフター、インカム、眠りスキャン）が図られている。それらは利用者への安心・安全な介護の提供となり、また職員には業務負担軽減並びに働きやすい環境作りにつながっている。

※各アメーバ（小集団の組織：本法人の場合は各事業所）のリーダー（管理者）は、それぞれが中心となって自らのアメーバの予算及び実務の計画を立て、メンバー全員が知恵を絞り努力することで、アメーバの目標を達成していく。そうすることで現場の職員一人ひとりが主役となり、自主的に経営に参加する「全員参加経営」を実現している

### (2) 福祉サービスの質の向上へ意欲的に取組み、継続の仕組みを確立している

スーパービジョン研修は5名が履修のうえ、ユニットリーダー会議や各種委員会を通じてスーパーバイザーとしての役割を発揮している。職員同士いつも「ありがとう」を表現できる仕組みとしてサンクスカード、コンテスト形式も取り入れた5S活動の推進も人心を集める見事な取組みで、特に職員通用口近くの廊下に貼りだされた過程や成果は、外部者が見ても感動する掲示内容である。職員個人の自己評価は年2回おこなわれ、これまでは抽象的な表現が多かった項目を「できている」「できてない」と数値化することにより客観性を高め、設問内容を分かり易く向上させている。15項目に達しても未だなお「道途中」としている点も更なる充実へと期待が膨らむ。

### (3) 利用者の意向や生活習慣を尊重した「見える化」の仕組みをつくり支援している

現場に対応できるものとして、利用者本人を観察して記録したものを24時間シートに落とし込み、その人独自の個別マニュアルを以てより質の高いサービス提供が成されている。また24時間シートを更に高めた『生活意向シート』と名付けたオリジナルシートを作成し、毎月見直し及び更新をおこなう(24時間シートは3ヶ月毎の見直し)よう向上させており、順次移行中である(未だ利用者全員には行き渡ってはいない)。このような「見える化」は、専門職のチーム(介護士、看護師、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士、栄養士、生活相談員、介護支援専門員)の存在が欠かせず、一人ひとりの利用者への適切なアプローチにつながっている。

#### ◇改善を求められる点

法人の核となる事業所でもあり新規性に富む多様な取組みがおこなわれているが、次の点を強化することで体制が更に整うことを期待する

#### (1) 中長期計画の策定

理事長、経営管理部、在宅統括部、在宅支援部、施設統括部、保育園、診療所など各部門(事業所)代表者で構成される経営会議にて中・長期の話し合いは成されている。今後は当事業所として経営環境等の把握・分析結果を踏まえ、その実情のもとで理念や経営方針の具現化を図るための事業が効果的に実施できるような中・長期計画を策定され、更には見直しと評価をおこないマネジメントサイクルに乗せることを期待する。

#### (2) BCPの整備及び自治会や福祉関係団体との連携体制の構築

BCPはもともと存在していたが本年の台風停電で見直しを図り協議を重ね、周辺地域の災害についても触れている。当事業所がリーディングする形で各事業所メンバーが集い法人として策定、その後事業所ごとに作成のうえ、今後は部門メンバーに下ろしていく予定となっているが、さらに地域の福祉を支えるリーダーとして自治会や福祉関係団体との連携体制も整えていくことを期待する。

### ⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受け、現在当施設が行っているサービスの現状を見つめ直す良い機会となりました。様々な助言を頂く事で、何が出来ていて、何が出来ていないか、また何が足りないのか、今後どのような事が求められ、何が必要なのか課題もみつけられました。今後は課題に対し前向きに取り組む事でご利用者のさらなる満足度の向上へつながるよう努めていきます。また、地域とのつながりをさらに強化し、地域貢献活動につなげていく事で地域に根差した地域で一番の施設となれるよう職員一丸となって努力していきます。

### 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。	◎・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>創立者（理事長）の想いととも理念・基本方針はホームページに掲載されており、クレド（※1）を携帯できるようカード化したものを全職員に配布のうえ、朝礼で読み合わせをおこなっている。職員からは法人の考え方や判断基準としてクレドをベースとした発言があり、また主任・リーダークラスがクレドを根拠にしてスーパービジョンを施し、浸透を確かなものとしている。職員は人事考課シートを通じて取組みの振り返りもあり、また家族は家族会、利用者は懇談会、また双方に満足度調査が実施され、その仕組みを通して周知が図られている。</p> <p>※1 理念を具体的にした信条や行動指針</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。	◎・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人本部の管理者層が外部研修などから事業経営を取り巻く環境及び市場動向を把握し、毎月のアメーバ会議で提示、その後部門会議、ベッドコントロール会議といった各会議（部署）に下りてくる仕組みがある。特に昨年より発足したベッドコントロール会議には各事業所代表者、在宅支援部、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が顔を揃え、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所居宅からの地域情報を背景に、法人内の在所率などを協議している。</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。	◎・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>経営会議、アメーバ会議、部門会議、ベッドコントロール会議を経て、リフター・機械浴・</p>		

インカム、眠リスクャンなどの購入が叶い、ケアの質の向上につながるとともに効率化が進められている。また新規性のあるものは物品購入だけでなく、社内制度や地域貢献にも拡がりをみせ、実践力が大きな強みであることが窺える。

### 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・㊦・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理事長、経営管理部、在宅統括部、在宅支援部、施設統括部、保育園、診療所など各部門（事業所）代表者で構成される経営会議にて中・長期の話し合いが成されている。書面はあるも、充実した実践内容に比例しない薄さであり、計画というには不十分である。</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・㊦・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>アメーバ経営においては職員一人ひとりが経営者の意識をもって採算効率を考えることは必須であり、その点においては各部門（事業所）毎年計画があるといても過言ではない。例えば「洗濯機をまわす際は必ずスタートボタンを押して水量表示された後、液体洗剤を適量投入する」といった細部に及ぶオペレーションが効率目標によって確立している点も評価される。ただし、それらは中・長期計画に基づくとは言いがたい面もあり、中・長期計画に連動した単年度計画の策定に期待したい。</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。	㊦・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所の目標に合わせ、統括主任・主任・リーダーを中心に各部門の目標が定まり、また次年度の備品関係予算は職員からの要望も入れ運営会議にかけられている。またユニット会議→フロア会議→ユニットリーダー会議→アメーバ部門会議（運営会議）と段階を踏んで諮られ、ボトムアップに叶った組織的な取組みが特長的である。さらに、早急に必要であれば補正予算を組み対応する臨機応変さも持ち合わせている。このように策定された事業計画は書面で職員全員に配付するとともに、運営会議で直に説明を受けた主任から各ユニットに伝達されている。</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・㊦・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年度初めの利用者懇談会・家族会を通じて、出席の利用者並びに家族には事業計画書を配布しており、介護部門・専門職の代表者がそれぞれ説明をおこない、また欠席者にも後日手渡しするなど、全員配布としている。今後は計画書の表記について「より分かり易く」に配慮するとともに、どの程度理解してもらえたかを計る仕組みを設けると、なお良い。</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。	㊟・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービス第三者評価の受審は2回目ではあるが、本件の自己評価シートを使用するということはない。経営会議、アミーバ会議、アミーバ部門会議（運営会議）においてサービス目標が抽出され、オリジナルシートに基づきマネジメントサイクルにのせて運用されている。</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。	㊟・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス目標はアミーバ会議→アミーバ部門会議（運営会議）→ユニットリーダー会議→フロア会議→ユニット会議と順次現場に下り、実践→評価→振り返りは職員参画のもとで改善策や改善計画を作成する仕組みがある。</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。	㊟・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職務分掌規程、職務分担表、運営規程といった書面での明確化は無論のこと、年度初めに法人全職員を対象に市内のホテルにて経営方針発表会を開催、各事業所管理者が順次決意表明をおこなっている。食事を兼ね取組み事例の発表や表彰もある会場には200名ほどが集っている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法令については経営管理部が担当部署として機能し、ホームページには個人情報保護方針も掲載されている。管理者（副施設長）は遵守すべき法令等を十分理解し、浜松市の集団指導にも必ず出席しており、職員には年2回の面談及び人事考課に係る自己評価項目を通じて意識付けを図っている。今後は介護保険や経営分野のほかにも、環境への配慮等も含む幅広い方面について遵守すべき法令等を把握する取組みとともに、本件における職員の勉強会があると、なお良い。</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。	㊟・b・c

<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>スーパービジョン研修は5名が履修のうえ、ユニットリーダー会議や各種委員会を通じてスーパーバイザーとしての役割を発揮している。サンクスカード（※2）、5S（※3）委員会の取組みを進める上では、ベスト〇〇賞授与・コンテスト形式などと職員の士気が高まる積極的な仕組みを作り上げている。特に職員通用口近くの廊下に貼りだされた取組過程や成果は、外部者が見ても感動する掲示内容である。</p> <p>※2 （主に同僚に向け）お礼を伝えたい場面を切り取って、公表するもの</p> <p>※3 整理、整頓、清掃、清潔、しつけ（頭文字のSをとり、5S）</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。	㊟・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>アメーバ経営のもと来期の確実な予算組みが可能となり、インカムレシーバー、介護ロボット（眠りスキャン）、リフター等様々な機器の導入に至っている。他にも働きやすい環境作りを目指してのサンクスカード・5Sを介した改善への取組みや、抽象的な表現から数値化へと自己評価表項目の見直しをおこなうなど、法人経営管理部がよどみなく次々と管理者の指導力を支える仕組みや制度を展開しており、当事業所の直近の成果としては「発注担当を決めることで、在庫がかさむ各フロアでのオムツを確実に減らした」ことが挙げられる。</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・㊟・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>経営会議において在宅・施設等の各役職者が必要人数を話合っているも、年齢や家庭環境から数年後に退職が予測される数や新卒者採用等人材確保における具体的な計画については充分とはいえない。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	㊟・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員には年2回の人事考課並びに面談が実施されている。職員個人の自己評価は年1回おこなわれ、これまでは抽象的な表現が多かった項目を「できている」「できてない」と数値化することに困り客観性を高め、設問内容を分かり易く向上させている。嘔吐物処理「できる」「できない」、全体会（勉強会）への参加「できている」「できていない」との項目は115に及ぶも、当事業所管理者を含む幹部が「未だ完成とは思っていない」との言葉に本件への並々ならぬ熱情が伝わる。</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。	㊟・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年一度（12月～1月）法人全体において職員の意向調査がおこなわれ、理事長並びに人事</p>		

部が現状を把握するとともに、直接面接を希望する場合は人事部が担当している。年2回人事考課と連動した面談でも意向確認をおこなっていて、じっくり話を聴くため予定時間を超過することも間々ある。福利厚生では旅行、食事券、慶弔関係の割引もある「わ〜くん浜松」に加入するほか、今年度より駅伝クラブを発足している。応援員も含め40名程の構成員となり地域の駅伝大会への参加も果たし、法人内の各事業所の親睦や地域に向けたアピールにつながっており、法人も意気に感じ特別枠でユニフォーム購入を補助している。

Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

17	Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a・b・c
----	-----------------------------------	-------

<コメント>  
人事考課にも絡む自己評価115項目には、「目指すことを持って介護していますか」と、職務の明確化し問う設問もあり、この115を「期待する職員像」として職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。職員の目標については年2回の人事考課面談があるととともに、スーパーバイザー5名も実務だけでなく心理面においても随時職員をスキル向上へと導いている。

18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a・b・c
----	---	-------

<コメント>  
新人研修は法人の経営管理部研修センター本部が担当している。配属後はトレーナーの下、新人チェックポイントに基づきABCチェック表を用いて「できているところ」「できていないところ」を確認しながら1ヶ月〜3ヶ月で独り立ちできるよう支援する仕組みがある。また法人主導で年間研修計画に基づいた全体研修が、当事業所内の地域交流室で順次開催されている。介護保険事業所に求められるプログラムを概ね揃え定期的に運営されるも、「職員の教育・研修に関する基本方針が明確であるか」においては書面化されておらずやや不明瞭である。

19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a・b・c
----	-------------------------------------	-------

<コメント>  
外部研修は研修センターから発信がありメールで知ることができる。職員が自ら探し出した研修も含み、上長に受講希望を伝えて許可が下りれば全額法人負担となるとして、学びへ積極的に支援している。ただし外部研修に多くの日程を割くことは難しく、法人で執り行う年間研修が主となるのが一般的にも関わらず、「出席できる職員のみ」「複数回の開催はない」ため、全職員に機会が確保されていると言い難い。

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・c
----	---	-------

<コメント>  
実習生の受入れ窓口は経営管理部を通じて各部門に振り分けられている。介護福祉士実習指導者講習会へ2名が受講、今期初めて介護福祉士の実習の受入れを開始する。法人全体ではこれまで受入れはあったものの、当事業所では「受入体制をしっかり整えてから」との考えで立ち遅れていたが、その分書面はおおよそ整備されている。契約時にも説明済であるが、あらためて利用者と家族への案内とともに実習対象となる利用者及び家族には了承を得る予定、としている。



### 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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページに理念、基本方針、提供する福祉サービスの内容、予算・決算情報等が公開されている。パンフレットは法人内事業所窓口、地域包括支援センター、市内に拠点のある協働センターに置かれ、法人機関誌「ヴィラージュ」は地域包括支援センター、利用者、家族に配付している。「グリーンヒルズ便り」は地区内に回覧され、事業所内にも掲示がある。苦情については事業所毎の件数のみ留まるも、法人機関誌を介して公開されている。</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・㊟・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>経営管理部が本件における担当部署として、公認会計士による定期的監査が実施されるとともに事業所では内部監査をおこなっている。また法人は診療所、保育所と新規開設の度に公的審査を受けており、法人後見候補者としての審査では静岡家庭裁判所浜松支部において法人の経営評価（4段階A B C D）でコンプライアンスを評価されてきている。ただし、事務や経理に関するルールや、職務分掌が明確にされ、職員に周知されているかという点においては工夫が求められる。</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。	㊟・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>本年度初めて法人全体で秋祭りを催している。今までは「介護の日」（11月11日）に創立記念日として法人内で開催していたが、来年度25周年を迎えるにあたり小学校や自治会等地域にも広く知らせ、屋台・太鼓・吹奏楽・福引・スタンプラリー・射的と目白押しのメニューの中、オイスカ高校ダンス部の演舞には一際盛り上がりを見せた。浜松まつりにはラッパ隊が、また夏祭りには手筒花火披露があり、また小学生が夏休みの自由研究に訪れた折の事は新規性があるとして新聞にも掲載されている。他にも小学校4年生の福祉体験、中学校職業体験の受入れもあり地域とは異世代に渡っての交流が紡がれている。</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。	㊟・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人にボランティアとして訪問している団体・個人（※4）で構成される「けやきの会」を発足、日頃の労をねぎらい、ボランティア同士また担当職員との交流を深めるために、2年に一度「け</p>		

やきの会感謝の集い」を開催している。集いではボランティア活動の紹介や、各事業所から利用者の反応などの情報提供があり、ボランティアからは「参加する人を集めてもらいたい」、「動場所の提案」「お礼の言葉が嬉しかった」等が寄せられ、次回に活かしている。今後は本件に係る書面整備が充実するとなお良い。

※4 15団体—音楽療法、習字、フラワーアレンジメント、クラフト、コンサート、手品等多種  
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・⑤・c
----	---	-------

<コメント>  
ベッドコントロール会議として地域包括支援センターと定期的に情報交換の機会を設けている。また家族、利用者の相談に対応できるよう社会資源の情報を明確にしている。ただし、「社会資源を明示したリストや資料は職員間で情報共有されているか」については不十分である。

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

26	II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a・⑤・c
----	--	-------

<コメント>  
介護保険制度の説明、理学療法士による専門的な話等、地域包括支援センターが主催する高齢者の集まりに講師として出向いている。また伊佐見ふれあい広場ではPRブースを設け、民生委員をはじめとする見学会も今期4回受け入れている。今回の大停電の経験も付加してのBCP(※5)への取組みはあるが、災害時の地域における役割等について地域と確認し合う機会が持てるとなお良い。

※5 事業継続計画(Business continuity planning) 災害などの緊急事態が発生したときに、企業または団体が損害を最小限に抑え、事業の継続や復旧を図るための計画

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。	⑤・b・c
----	--	-------

<コメント>  
地域のニーズを汲み取り、当事業所施設長(理事長)からの発信でサロン型ロコモーション(※6)、コミュニティーカフェ、子どもすこやかクラブ(※7)、子ども食堂、東山保育園、キッズホーム、診療所の開設等が近年次々とスタートしている。

※6 「憩いの場を提供しますよ」とのキャチフレーズで運営されている、軽運動と茶話会が融合した自由参加の場。平成29年6月開始、7~14名が毎月集まる

※7 浜松市子どもの未来サポート事業の一環として始まったもの

## 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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員倫理規程、接遇マニュアルを備えている。昨年4月に接遇に関する月間目標（※8）を立てるとともに各ユニット、パブリックスペースに掲示している。フロア、ユニット毎に振り返り、できていなければ翌月に繰り越し「達成する」まで継続させた。スピーチロックはNGワードと言い替え（※9）を決めて取組み、「つい出ちゃった」「ごめん」と職員同士で注意し合えるよう指導している。また職員個人の自己評価には本件に係る項目もあり、また家族アンケートの結果ともサービス向上委員会を仲立ちとしてリンクしている。</p> <p>※8 「ありがとうは言葉にしないと伝わらない」など、実行しやすい目標とした</p> <p>※9 言い換え例。「立たないで」は、「どうされましたか？」</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。	㊟・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>パブリックな写真掲載に関しては個人情報保護とともに契約時に書面にて合意形成が成されている。利用者個々のプライバシーを守るケアについてはユニットケア委員会で話し合い（※10）、またユニット会議では「ゆっくり食べたい」「おしゃべりしながら食べたい」といった利用者本人の気持ちにも沿い、食事の席についても日々検討している。</p> <p>※10 おむつ交換の際は排泄介助とわからないようにピクニックバッグに入れて訪室、パッドは新聞紙にくるみバッグに入れて退室する等</p>		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a・㊟・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページを備え、見学時は生活相談員、介護支援専門員、統括主任と密に関わっている。「入居にあたっては家での生活をそのまま継続のうえ、その人らしい居室環境を整えるために何でも持ち込んでください」と伝え、イメージがしやすい居室をあらかじめピックアップしている。また設備面の充実についても売店・喫茶コーナー・眠りセンサー・利用者の安全と職員の体を守る移動リフター・オゾンに因り施設臭がない・専門職が加わりチームで支える仕組みがある等を伝え、「暗く汚い施設のイメージが払拭された。最近の施設はこんなに明るくてきれいなのか」と毎回感心してもらっている。ただし、公共施設等多くの人が入手できる場所に置くことについては不十分である。</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	a・㊟・c

	やすく説明している。	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>契約時は生活相談員、介護支援専門員、栄養士、看護師、機能訓練指導員といった多職種の専門職がそれぞれの立場から対応し、この先起こりうる事故・緊急対応・ターミナルについても丁寧に説明している。また漏れがないよう説明書類についてチェック表も備えている。組織を紹介する資料への工夫（※11）には改善の余地がある。</p> <p>※11 例. 写真、絵、図などのビジュアルに訴える説明書や、ルビをふったり、文字ポイントを大きくするなど</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・⑤・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>引継ぎ文書として決まった書面はないものの、入院時は看護師がサマリーを作成、また要請があればフェイスシート、看護情報を提供している。移設にあたっては生活相談員、介護相談員が担当することになるが、実際退去は死亡、入院がほとんどを占めている。福祉サービス終了後、利用者やその家族に対し、その後の相談方法や担当者について説明をおこない、その内容を分かり易く記載した文書を渡すことについては不十分である。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	④・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年2回地域交流室にて利用者との懇談会が催され、コミュニケーションが取れる40名前後が参加、その場でアンケート結果（※12）の報告もおこなわれている。家族会は年2回開催、内1回（4月）は理念、事業計画の説明に加え勉強会もある。11月の家族会は秋祭りと同催している。</p> <p>※12 入浴や今の生活について等問いかけたアンケートが年に一度実施されている</p>		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	④・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決マニュアルを備え、苦情申し立ての手段などについては契約時に説明のほか、玄関に掲示もある。各事業所管理者、理事長、第三者委員をメンバーとして苦情解決委員会が年2回開催され、法人機関誌「ヴィラージュ」に件数のみ公表している。またクレド15の内の6番目には「ご利用者からの不満の声は、私たちのサービスの不具合を教えてくれる“天の声”です」とあり、クレームについては「天の声がありました」とのフレーズが浸透して、真摯に受け止める文化を醸成している。クレームは解決することが職員指導となるとして、これまでも現場のやり方を変える契機となっている。</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・⑤・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>玄関に意見箱を設置、年間10件前後の実績があり改善につなげている。利用者の懇談会を実施のほか、現場職員が話を聴く態勢として「裏の効率、表の非効率」と伝え（利用者に接する表の部分は丁寧に）、自己評価の項目にも設定されている。ユニット内で記録を打刻するスペースは設けておらず、本年よりアイパッドが導入され利用者の傍に寄り添いつつも可能となった。マンツーマン入浴でその人のリズムに合わせゆっくり過ごせており気持ちを聴く時間となっているほか、施設長（理事長）が昼ご飯を順次一緒にとり、直接利用者からの意見を吸い上げている。以上のように利用者が相談したり、意見を述べたりする複数の機会はあるも、その方法や相手を選べることをわかりやすく説明した文書が作成されていると、なお良い。</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。	④・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者、家族から相談があればユニットリーダーに速やかに上げ、ユニット会議でまず検討される。そこで解決が難しい案件はフロア会議に上げられ、さらに困難であればリーダー会議に持ち込まれる。このように困難度合いに応じて協議の場を替え、解決が難しいから先延ばしとなることはない。そして、各ユニット（若しくはフロア）にはサービス向上委員会メンバーがおり、案件はすべて委員会で集約され今後の予見または対策に寄与されている。</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。	④・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事故予防マニュアルを備え、部長、統括主任、各フロア担当者、専門職をメンバーとする事故対策委員会が毎月開催されている。本年度は特にインシデントをあげていくことに力を入れ、「枚数が少ないのは気づきが少ないのだ」ということを職員に伝えアクシデントとの関連性を数値化、インシデントが増えるに従ってアクシデントが減る傾向にあることを掴むに至り、取り組みに拍車がかかっている。それとともに予防対策にも余念なく、フロア内での見守り位置を再検討するとともに、ハード面ではインカムを導入し、居場所確認や介助の応援がほしい時にすぐに人を呼べる体制をつくっている。インカムは法人敷地内全て網羅し、利用者がユニットを離れても探し回ることなく連絡できるため利用者の行動制限が格段に減り、職員のストレスも削減されている。</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。	④・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症研修は法人全体の年間研修に位置付けられ、嘔吐物処理については追加プログラムとして看護師が現場でのフォロー研修おこない、また新人研修では手袋のはめ方といったスタータープログラムが使用されている。感染症委員会が毎月開催され、「持ち込まない」ことを原則として職員通用口でマスク着用し、手指消毒、ペーパータオルの使用、捨て置き場の限定等、マ</p>		

<p>マニュアルに沿って実践している。設備としてはオゾン効果の恩恵もある。マスクについても基準を設け、「笑顔を大切にしたい」として「体調が思わしくない、自分を守りたい」などを目安に自己判断で着用することになっている。</p>		
39	<p>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。</p>	<p>a・⑩・c</p>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>B C Pはもともと存在していたが今年の台風停電で見直しを図り協議を重ね、周辺地域の災害についても触れている。当事業所がリーディングする形で各事業所メンバーが集い法人として策定、その後事業所ごとに作成、部門メンバーに下ろしていく予定である。総合防災訓練は消火訓練・安否確認避難・誘導訓練・水消火器・消火栓・消防設備の使い方などのメニュー構成で年2回実施している。当日出勤の職員は全員参加のうえ、新人職員は必ず体験できるように配している。「敷地内にある貯水槽が溢れたらどうする？」といった小さな気づきは毎月の施設連絡会議でも挙がり、各フロア1名を5 S委員として、「用具はいつでも使えるように、困らないように」と防災の視点からも整理整頓に取り組んでいる。今後は更に利用者の安否を家族に伝える選択肢や、自治会や福祉事業所との連携体制等細部に渡る整備を期待する。</p>		

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
<p>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。</p>		
40	<p>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。</p>	<p>⑩・b・c</p>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ケアマニュアルは備わるも、それらは新人研修の期間（4日間）に習得すべき基礎というべきものであって、利用者個々に特性の違いがあることを鑑みれば標準化マニュアルは現場において不十分なものである。現場に対応できるものとして、当事業所では利用者本人を観察して記録したものを24時間シートに落とし込み、その人独自のマニュアルとして現場で重用している。したがって、標準的な実施方法は定まってはいてもサービスの提供にあたってはそれをそのまま提供するわけにはゆかず、個別マニュアルを以てより質の高いサービス提供が成されている。</p>		
41	<p>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。</p>	<p>⑩・b・c</p>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ユニットケアとしての形を成すべく標準化するためのユニットケア委員会を設置し、どの利用者にも当てはまる標準的な水準を求める協議がおこなわれている。協議のうえ決定した事柄は、ケアマニュアルに速やかに反映され、現場にも周知されている。</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	<p>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。</p>	<p>⑩・b・c</p>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>初回アセスメントはフェイスシート、医療情報、入居前の面談を基に本人・家族の意向を汲</p>		

み、生活相談員、介護支援専門員、看護師、作業療法士、歯科衛生士などの意見を集約、介護支援専門員が作成している。さらに介護計画書に基づき個別で24時間シート化し、新人職員でも分かり易く実践につながる内容と成っている。		
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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>モニタリング、24時間シートは3ヶ月毎に、また生活意向シート（※13）は毎月、見直し及び更新をおこなうとともに、利用者本人の体調に変化があった時には随時見直ししている。サービス担当者会議は更新時に家族の都合に合わせて介護支援専門員、専門職が同席するのが一般的だが、医師の意見を求める場合は回診時に合わせて開催している。介護職員は3名程の利用者を担当とし、生活に関することは担当職員から看護師、介護支援専門員に伝搬している。</p> <p>※13 24時間シート（センター方式シート）の改良・進化系。当事業所オリジナルシート現在24時間シートから生活意向シートに順次移行中（未だ全利用者の入れ替えは済んでいない）</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	㊟・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>多くの介護保険事業所に先駆けてネットワークシステムを導入し、適切な記録と共有化が図られている。これまで前日の記録は、持ち場を離れてステーションまでパソコン確認に行く必要があったが、アイパッドによりユニットに居ながらにして閲覧できるようになった。業務をしながらも確認でき、リアルタイムでの記録が可能となり、紙媒体での申し送りに比べコスト削減にも叶っている。介護ソフト「ちょうじゅ」の内容もカスタマイズされ、アクシデント報告書は「ケア画面」「アクシデント報告書画面」のダブル入力だったが、「ケア画面」の入力だけで「アクシデント報告書」に飛ぶよう連動性をもたせている。またトップ画面は職員意見を反映し排泄画面に替えた（介護職員が最初に確認したい内容＝支援の優先順位が高い）。</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。	㊟・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個人情報取扱いに関する規程を備え、利用者の記録の保管・保存・廃棄、情報の提供、個人情報への不適正な利用や漏洩に対する対策と対応方法が定められている。また記録類は経営管理部の係りとし、管理が一元化されている。採用時には職員に本件に係る誓約書を提出してもらうほか、利用者家族には契約時に書面を以て当事業所の態勢について説明をおこなっている。</p>		

## 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・㊦・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>一人ひとりの一日の過ごし方と業務のタイムスケジュールが生活意向シートに落とし込まれており、利用者の心身の状況と暮らしの意向等を把握・理解し、利用者一人ひとりに応じた生活となるよう支援が叶っている。利用者の希望は把握のうえ日中活動に反映されるとともに地域からはボランティアや地域行事披露が豊富にあるも、利用者本人の社会参加に配慮したプログラムについてはやや足りない。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>【特養対象外】</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>【特養対象外】</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。	㊦・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の年間研修に接遇研修も位置付けられている。利用者一人ひとりの対応方法は生活意向シートに記載され、個別性が伴うコミュニケーションが成されている。呼称は基本として「名字にさんづけ」「複数の名字は名前で（家族に承諾を得る）」と定めている。知的障害や認知症の症状などにより「ちゃん」「くん」が本人の反応が良い場合は、家族に了解を得て「ちゃん付け」としているが、あくまでも意図があつてのこととして許されるものであって、これらは身体拘束適正化検討委員会でルール化したものである。</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。	㊦・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>本年度の法改正に伴う身体拘束廃止未実施減算については、指針・マニュアルを整備したうえ毎月委員会が開催され、年2回の研修、アンケート等で漏れのないよう実施されている。毎年「身体拘束廃止フォーラム」に参加して取組みへのアイデアや気づきを収集しており、近年はスピーチロック撲滅運動としてNGワードをつくりOKワードへの置き換え、またN</p>		



Gワードを5つに絞り「5つは絶対言わない」とルール化した。またこれらの取組みは平成30年度の静岡県身体拘束廃止推進研修における実践報告者として「スピーチロックはこうしてつぶせ」と題して事例発表に至っている（事例発表は60施設中6施設のみ）。

## 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。	◎・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「臭いのしない施設としたい」想いはオゾン導入で実現させ、見学者をはじめ外部からの来訪者には「臭いがしないね」とよく言ってもらえている。またオゾンに頼り切らず、使用後のオムツやパッドは新聞紙でしっかりくるむことを徹底している。全床に床暖房が敷かれ、加湿器は各ユニットに1台設置、共用トイレにはフロントバーを取り付けている。さらにアメーバ経営における予算捻出により「ヒートショック防止のため、ユニット個浴に暖房設置（平成31年1月～）」が決定している。喫茶コーナーには熱心に手入れされた観葉植物や雑誌など寛ぎグッズが並び、面会の家族と利用者の姿もよく見られる。外まわりは環境整備の専門職が管理しており、リゾートホテル並みに行き届いている。「生活の場として広いスペースを有効利用しよう」とパブリックの有効利用について5～6年前から改革を進めている。2台配されたピアノは10年前に導入したもので、ほかにもキーボードは各ユニットを巡っていて、ボランティアによるコンサートにも活用されている。イージーウォーク、足裏マッサージ、マッサージ機器、平行棒（1階のみ、機能訓練指導員の下おこなう）プーリー（肩のリハビリ機器）など機能向上及び健康増進の器具を豊富に備え、利用者たちが嬉々として取組む様子も視認した。居室は「自分の部屋」という設えにこだわり、琴の師範だった人の部屋には立派な琴や看板が立てかけられ、縫い物が得意な人は壁一面に刺し子作品が並んでいる。</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。	◎・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入浴前には血圧測定おこない開設当初よりマンツーマン対応とし、入浴後は浴槽を洗い湯は入れ替えている。そのため入浴剤を2～3種類準備して個々に選んでもらうこともでき、ゆず湯といった時節風呂も提供している。また入浴回数は週2回と説明して納得してもらっており、同性介助の要望は初めて入浴する際に確認して対応、入浴時間もその人の体調に合わせている。「リフト使用が必要なのか」「入る方向、立位は」等、個々の入浴方法は24時間シートを凝縮した「生活意向シート」に落とし込んでいる。拒否がある場合は時間を置いて「着替えましょう」「髭をそらせてほしい」などプラス思考の声かけで工夫しており、その人がし</p>		

<p>て欲しい声かけは職員間で共有できている。レクリエーションとして足浴を楽しみ、夏にはベランダでビニールプールを広げることもある。寝浴利用者は5%ほどで、個浴にリフトがあるためほとんどの人が湯船に浸かり、ゆっくり足を延ばして和むことができている。</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。	㊟・b・c
<p>&lt;コメント&gt;  日中ベッド上での排泄介助が必要な人は15%ほどで、各個室にはトイレが備わっている(準個室は共用トイレ)。個々の排泄支援方法の詳細は生活意向シートに記載され、自宅ではパッドに頼りきりで失敗が多かった人が、入居後の適切な声かけで自立し在宅復帰した人もいる。パッドは吟味のうえ8種類が選ばれ、尿測をおこないその人に合ったパッドを使用している。「気持ち悪くない感覚」を日々積み重ねることで失禁が減っている。便秘予防には水分ケア、イーザーファイバー、発芽玄米、運動などで支援している。</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。	㊟・b・c
<p>&lt;コメント&gt;  テーブル座席も「トイレに近い方がいいか」「歩行器が置きやすい位置はどこか」都度検討され、靴・車椅子・リクライニング・ティルト・歩行器等の福祉機器が、個々の状態に合わせて利用してもらえようユニット会議で話し合い、その内容を専門的見地から更に理学療法士が評価している。また購入相談なども理学療法士から本人、家族に説明することで、選択肢を広くもってもらえている。走行式リフター、スライドボードはユニットごとに配置、安全な移乗につなげている(操作はDVDマニュアルで確認できる)。また新棟オープンに伴い、既存のリフターやボードを再評価して「より使いやすいものを」と数社からお試し貸出を受け選んでいる。そのため床対応リフターは、畳上で仰臥している人も起こしやすくなる等利用者本人の安全と職員の身体への負担軽減に役立っている。</p>		
<p>A-3-(2) 食生活</p>		
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・c
<p>&lt;コメント&gt;  食事は事業所の厨房に委託業者が駐在して調理がおこなわれている。副菜は盛り付けしたうえ保温庫で運ばれてくるが、ご飯をユニットで炊くことで音や匂い、雰囲気等を体感できている。テーブルは同席する人の相性や、食形態に差が無い人同士となるように等にも配慮し、配膳用の盆をそのまま食事用の膳とはせず、ランチョンマットを使用、愛着ある個人の箸や茶碗を使ってもらい「家庭のままのように」ということにもこだわっている。テレビを消してBGMを流すのか、テレビをつけたままにするのは、各ユニット利用者の意向で決め、画一的にはしていない。「パンが食べたい」ならばパン食を提供するとともに、「朝食が遅かったのでお昼はもう少し後で」といったその日の気分も尊重し、安全が確保できる人なら居室で静かに独りでということも受け入れている。年に一度嗜好調査を実施、衛生面は5S委員会活動及び清掃マニュアルで徹底している。</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。	㊟・b・c
<p>&lt;コメント&gt;  食事介助が半数以上必要なユニットには看護師や相談員の割振表を作成し、応援体制を整えているため1対1の配置が叶い、複数の食事介助を同時におこなうことがなくなっている。</p>		

食事介助はスプーンに乗せるまでを介助し、口に運ぶのはできるだけ補助動作支援として自立状態が続くようにとの配慮があるととも「長時間で疲れて摂取できない状態にならないよう見極めが大事」ということも共通認識としている。また認知症の症状から集中できにくい人には目の前の食器の位置を置き換えるといった、数分に1度程度の支援も小まめにおこなっている。米飯一つといっても軟飯・お粥・ペースト・副食は常食・ソフト食・ミキサー食・ゼリー食・ペーストと状態に合わせた食形態とし、補助具にはスプーン・フォーク・ワンプレート・滑り止め付きトレイ等を揃えている。「スペラカーゼ」（ゼリー食の素：食塊形成しやすくなる）も使用、「食べやすいように」ということを常に念頭においた介助がある。嚥下状態は現場職員の気づきにより看護師と栄養士が評価され、栄養スクリーニング加算算定も受け、栄養状態は管理栄養士によって管理されている。

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・b・c
-----	---------------------------------	-------

<コメント>  
 口腔衛生管理体制加算算定を受け、毎月歯科衛生士が口腔内をチェックしており、治療が必要な場合は歯科医と連携を取っている職員にも口腔ケア指導がおこなわれ、義歯が合わなかったのが調整してうまく噛めるようになった例もあり、誤嚥性肺炎予防のための口腔ケア、マッサージが日々実施されている。口腔体操は昼食前DVDを流して職員も一緒におこない、口腔ケア一覧表は洗面所にも貼付して職員間で共有している。

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
-----	-----------------------------	-------

<コメント>  
 現在対象者が2名いる。褥瘡委員会を月1度開催し各フロアの担当者が出席、看護が中心となって取組んでいる。治癒に向けて看護師、栄養士、作業療法士、介護職員等多職種で検討している。クッション、体位交換、エアマット、除圧マットレスなどの用具を活用し悪化防止に努め、早急な受診と医師の判断、現場職員のケア、栄養管理と食事介助で完治した例もあり、職員の自信につながっている。

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
-----	---	-------

<コメント>  
 【特養対象外：条件付（所定の研修修了者14名がいるも、実務は看護師がおこなう）】

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・b・c
-----	---	-------

<コメント>  
 機能訓練体制加算算定を受けている。機能訓練指導員から「その人にとってどのようなリハビリが必要か」の指示があり、並行棒や足の簡単な運動、生活リハビリを中心に取組んでいる。リハビリも声かけ次第で本人の意欲が左右されると職員が理解し、「筋力保持のため歩いてください」と言われるより「散歩に行きましょう」との誘い方で利用者も気分転換にもなり意欲も増幅している。日頃から日中の過ごし方がより活動的になる方策を探り、「ユニットを出てパブリックスペースを有効活用してイージーウォーカーやプーリーなど生活リハビリを進めていきたい」と考えており、転倒の危険等リスクは家族に説明して理解を求めている。

インカムを最大限に活用し「〇〇さんは〇〇ユニットに遊びに来ていますよ」「休憩してもらってから送りますね」「売店に来ていますよ」と、ユニットを出て事業所内どこに行っても職員の見守りがあり、行動範囲を拡大した生活リハビリを目指している。

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>

「穏やかに生活できる」ということに重きをおき、「丁寧な声かけをしてください」と全職員に伝えている。帰宅願望のある人には「息子さんが調子悪いので体調が戻るまで」「自宅の修理で」「実家の仕事が忙しいと手伝っているの」などのプラス思考の声かけを統一させ、温かなヒューマンリレーションは症状緩和の要として新人研修でも「あなたの事を見えています」「気にかけています」といった言葉遣いがおこなえるよう指導している。また自分の大切にしてきた物に囲まれた居室環境を整えることも大事と捉え、自宅そのままの生活を持って来てもらえるよう家族の協力も得ている。認知症の研修については回数や機会などが不十分である。

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。	⑩・b・c
-----	---	-------

<コメント>

緊急対応マニュアルは各ステーションに備え、「発熱は～」「嘔吐は2回したら」「出血したら」とすぐに連絡が必要な緊急性の高い症例を抽出しており、新人研修でもユニットでトレーナーが直接教えている。夜間は宅直コールで看護師からの指示を仰ぎ、緊急対応に係る家族の意向確認書（※14）で心肺蘇生が必要な利用者の確認もとれている（意向確認はプランの更新時や、体調変化の時等いつでも変更できることも伝え、再確認している）。またアイパッド導入で経過が容易に確認でき情報がタイムリーに手に入るため早期発見等迅速な対応に役立っている。配薬カード・薬カード・玉数で視認とともに読みあげで再々のチェック体制を築き（服薬マニュアルもあり）誤薬を防ぐとともに、ゼリーに混ぜてつぶしたりトロミをつけ「飲みやすく」その人にあった確実な方法をとっている。

※14「呼吸停止していたら延命を望まない」等、救急車対応で家族と連絡が取れない場合の医療的処置が記載されている

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。	⑩・b・c
-----	---	-------

<コメント>

29年度の看取り加算対象者25名であり、ターミナル研修を通じたの教育及び加算算定を受ける手順は整え、契約時には家族に看取りについて（※15）書面をもって説明している。ユニットケア委員会においてターミナルについて「こういう考えで接してほしい」と方針（※16）を伝え、お見送り後には「命の絶える場に立ち会ってどういことを得たか」といった学びの確認とともに、その人の死を無駄にしないため偲びのカンファレンスを開き、ターミナル委員会で発表、「これからのケアにどのように生かしてゆけるか」を考える機会をつくっている。お見送りは食事時間を外して霊安室に移動、理事長はじめ利用者も希望する人、気

持ちのある人は同席、施設代表が通夜に参列している。

※15 経鼻栄養、I V H、点滴（医師が認めた緊急的な点滴を除く）、入院を経て医療行為が継続的に必要となった場合が事業所で看取りが難しいことや、看取り期間には家族が別室で宿泊できること、緊急時は医師の24時間対応があること等

※16 独りぼっちにしない、寝たきりでなく最期までみんなと一緒にリビングで過ごす等

## 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。	◎・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員1名につき3名ほどの利用者を担当している。入居から契約は生活相談員、医療面は看護師、現場は介護職員、総合的な相談は介護支援専門員と多職種によるチームで家族との信頼関係を築いている。グリーンヒルズ便りを発行し、担当職員がコメントを記載して家族へ郵送するなど、心身の変調や不足品等で電話連絡した際、できるだけ会いに来てもらえるよう日頃から働きかけている。家族の意見から反映したことは幾つかあり、最近では「増床と同時に中履き廃止（※17）にした」ことが挙げられる。他にも「職員の顔と名前が一致しない」との意見から顔写真を用意するなど、出来る限り家族の声にこたえてきている。また朝の業務帰りの6時半に立ち寄り利用者の居室でうたた寝していたり、やはり仕事帰りの22時頃の面会の家族もおり、家族も当事業所に親愛を持っていることが窺える。</p> <p>※17 面会ではスリッパに履き替えるシステムだったが、高齢の家族にとっては履き替えにくかったり、歩きにくかったりがあった。「土足禁止でなくて衛生面は大丈夫か」と聞かれるが、業者に清掃をしっかりとやらせてもらうことで解決できている。</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>【特養対象外】</p>		