

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

株式会社 第三者評価機構 静岡評価調査室

② 施設・事業所情報

名称：てるてるエルマーナ	種別：通所介護	
代表者氏名：山本 茂樹	定員（利用人数）：	43 名
所在地：静岡市駿河区丸子3-13-9		
TEL：054-268-1100	ホームページ：https://www.ikiyo.co.jp	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 2004年 5月		
経営法人・設置主体（法人名等）：有限会社 生陽会		
職員数	常勤職員： 7名	非常勤職員 16名
専門職員	（専門職の名称） 名	
	看護師 2名	作業療法士 1名
	理学療法士 1名	柔道整復師 1名
施設・設備 の概要	（居室数）3	（設備等）
	ホール・事務室・相談室	運動機器類・エレベーター

③ 理念・基本方針

- 理念
1. 自分がして欲しいと思うことを、まず他人に対してしていく。
 2. どうしたらお客様に満足していただけるかを常に考えて仕事をする。
 3. 地域社会に受け入れられ認められる会社とその一員を目指す。

基本方針

事業所の従業者は、要介護状態等の心身の特性をふまえて、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、さらに利用者が社会的孤立感の解消および心身機能の維持ならびにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話および機能訓練等の介護その他必要な援助を行う。

④ 施設・事業所の特徴的な取組

1. ご自分の体や心を自らイメージした状態に少しでも近づくよう、利用者ご自身が主体的に機能・歩行訓練、マシントレーニング等を行っていただく。
2. メリハリのある一日を 午前中は体を使ったトレーニング、午後は頭を使ったトレーニング（カラオケ、麻雀、囲碁、将棋、書道、脳トレ、ゲームなど）

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 1年 11月 15日（契約日）～ 令和 2年 3月 15日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0 回（平成 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ◎3つの事業所が一体化（※）しているサービスを実現させ、福祉ニーズに応えている

2004年開所の、市内の通所介護事業所の草分け的存在として、居宅介護支援事業所の介護支援専門員に「訓練なら、運動ならあそこ」と定評を得ており、理学療法士、作業療法士、柔道整復師の専門家を揃え、機能訓練計画に基づいた指導がある。「転んだ」となれば、どんなところでそうだったか、状況確認に家まで見に行く親身さで、本人の状態におうじて訓練メニューを細目にかえている点も評価される。今年度から3ヶ月に1度の機能訓練計画の更新時には身体の数値変化をグラフで表し、家族・本人のみならず、担当の介護支援専門員にも提示うえ連携を図っている。

- ◎フォロワー型の管理者のもとチームワークが良好で、利用者を応援者としている

法人内での異動もあるなか、平均勤務年数8.5年と定着率もよく、職員間のチームワークがよいことも自慢の一つである。管理者は配膳のパートタイマー職にも「1時間しかいないとしてもコミュニケーションは大事として」声をかけ、会話を持つよう努めている。従業員満足に配慮のある管理者のもと、職員もお客様満足に勤しんでいることが家族・利用者アンケートにも十二分に表れ、「食事のときテーブルを動かすのは職員が大変だから何とかしてやってほしい」「大変な仕事なのに明るさを保っているのは素晴らしい」といった、職員をいたわる言葉や称える言葉が連なっている。

- ◎リハビリテーションを中心としつつも、認知症に配慮したケアを強みとしている

軽度の認知症の症状がみられる利用者に対し、一定期間の観察と記録を実施のうえ、症状改善に向け水分・食事摂取、排便リズム、運動量について数値化及び分析をおこない、「身体不調型」「環境不適合型」「葛藤型」など認知症のタイプに照らした対応を検討、看護師・介護職が連携し支援内容を考察している。ADL（日常動作）が自立すればQOL（生活の質）も向上し、IADL（手段的日常動作：買い物、調理など）という生活関連動作も自立していくという視点のもとに、水分・食事・排便・運動の基本的ケアを確実にこなうことを鍵としており、効果につながっている事例は少なくない。

※ リハビリテーションに特化した通所介護事業所の場合、理学療法士や看護師といったメンバー構成により専門的な助言と支援が得られるが、入浴や食事提供はないことが多い。また、地域密着型の通所介護事業所の場合は、認知症等の疾患やADL等心身両面に配慮した対人援助のハウツーがいかんなく発揮されることで、利用者に応えている。一般的な通所介護事業所では、「自宅で風呂に入ることが難しい身体状態であっても入浴可能とする」「一工夫した食事で独居者の食環境を支える」「余暇時間が長くなった高齢者に楽しみ（レクリエーション）を」といった点に力を入れて差別化を図っている。「専門の多職種連携」「もう1人の家族となれる介護職員」「充実した入浴・食事の提供」の3点を揃えることは経営的に負担が大きいいため、実際運営できている事業所は大変少ないが、当事業所では3つを揃えており、地域の介護支援事業所の心強い存在として、福祉ニーズに応えている

◇改善を求められる点

◎事業所の業務運営が円滑に機能するよう、本部の役割を見直す

事業所では経営課題を明確にすることはできているが、課題解決に至るまでの道筋が不明瞭である。他にも「本部がやってくれるはずなのに…」といった点が幾つか見られ、本来機能しているはずの組織ツリーが、法人内のサービス種別が増えるに従い兼務者が増えたことで難しくなっていることが覗えた。本部でおこなうべきこと、事業所でおこなうべきことを改めて見直し、双方に「たぶんやっていてくれるだろう」ということがないよう、各部署の役割について精査を期待する。

◎取組むべき事柄を书面化することで情報共有と標準化を進める

年度における人事考課のことは職員個々に目標を策定、面談も受けるため概ね理解しているが、キャリアパスについては段位の仕組み、段位の定義などが浸透していない。このように新たな取組みが足早におこなわれ、目に見える問題がなければそのままになっていることが少なくない。キャリアパスについては職員向けの解説書を作成するとともに、マニュアルの整備等、全般的に書面の充足を望む。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

普段あまり意識せず「当たり前」のようにやっている業務だが、客観的な視点で指摘を受けることにより、気付かされたことが多々ありました。業務を再点検する良い機会になったと思います。

今回の評価結果を現場にフィードバックし、業務改善に努めていきたいと思っています。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

第三者評価結果〔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
<p><コメント></p> <p>法人理念は、事業所掲示のほかホームページを通じて広く伝えている。「自分がして欲しいと思うことを、まず他人にしていく」とは、法人代表者が常に言い続けるとともに、想いを楽曲に込めて自らギターの弾き語りでアピールするのは一度や二度ではなく、職員の中に浸透している。職員は会議や朝礼の場で唱和もしているが、利用者や家族には毎月発行の『エルマーナ便り』を通じた間接的な伝達に留まる。今後は理念に基づいた月間目標の設定や、朝礼での個人宣言（理念に基づいて何をおこなうか）等の工夫が求められる。</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
<p><コメント></p> <p>社会福祉事業全体の動向及び地域の各種福祉計画の策定動向の把握は薄く、不十分である。利用者にアンケートをとったり送迎時での傾聴に努め、また居宅介護支援事業所の介護支援専門員にも助言を得て、地域の高齢者の現状と変化の集約に取り組んでいる。利用率と収支についても毎月集計のうえ、時系列で変化を確認しつつ、考察・分析をおこなっている。</p>		
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。	b
<p><コメント></p> <p>ここ最近のことではあるが急な入院等不慮の事象が続き、利用率が下降気味なこともあり、福祉サービスの内容・職員体制・設備の整備など多面的に見直しをかけている。利用時間の変更や、それに伴う職員の勤務体制などをシミュレーションしては、優先順位をつけて「老</p>		

朽設備の更新」「職員補充」などを本社へ報告、支援や助言を仰いでいる。主任会議（法人内事業所の管理者が集まる）が毎月開催されてはいるが、お互いの課題や向上点を見出すまでの協議に至っていない。「現場でできることから1歩ずつ」との心意気で、利用者も職員も和合できるよう歩行訓練を梅見などと抱き合わせるといった努力はみられる。

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。	c
<p><コメント></p> <p>一昨年、法人内に施設（新たなサービス種別）建設があった折、資金計画や集客等を鑑みて法人の中長期計画は策定されている（が、法人も通常は中長期計画を作成してはいない）。事業所では「3～5年後には稼働率を90%くらいには引き上げたい」と漫然とは考えているが、具体的に職員体制、設備の整備などをどのようにというまでの具体的な計画構築には至っていない。また、一般職員は事業所の数値把握はできておらず、事業所幹部も年度の運営に重心があり、先のことを意識する機会に乏しい。</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。	c
<p><コメント></p> <p>中長期計画はないため、中長期計画に基づいた単年度計画はない。単年度計画は実効性を考慮して概ね本部が人員体制、設備を設定のうえ、策定している。管理者は策定前に青写真（案）を本部に提出、作成には直接関わってはいないものの、「将来の足固めとなるよう年間計画の着実な実施を」心がけており、毎月の進捗率・達成率の集計もおこなわれている。</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。	c
<p><コメント></p> <p>事業計画の中の一部である行事計画については、ミーティングにおいて職員の意見を確認しつつ作成しているが、事業計画には職員の参画はない。事業計画の評価時期や評価方法を定めてはいないが、稼働率や売上目標についてはミーティングで職員周知を図り、職員にも意見を求めている。行事計画については開催前には打合せが、開催後には見直し・評価に取組み、マネジメントサイクルにのせているが、事業計画においては無い。</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。	c
<p><コメント></p> <p>行事計画については利用者・家族へ配布物や送迎時に直接説明をおこなうなどして周知しているが、事業計画については書面配布、説明会とにもない。ただし、支出負担が生じる等、法改正をはじめとする何らかの影響を及ぼすことが予見される場合には利用者・家族に書面または口頭での解説や案内をおこなっている。行事計画については参加を促すため、『エルマナ便り』やメール配信、利用記録票（連絡帳）で積極的なアナウンスをおこなうが、そもそもこれまで事業計画を利用者・家族に周知するという態勢になかった。</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
<p><コメント></p> <p>理念「どうしたらお客様に満足していただけるかを常に考えて仕事をする」という姿勢は一貫しており、利用者個々のサービス内容については現場職員、居宅介護支援事業所（介護支援専門員）との協議が随時おこなわれている。また職員も個として半年に1回の自己評価・他者評価を実施している。全体の福祉サービスの質の向上については、現在あるツールとしては「ミーティング」を介して、職員への問題提起や情報共有も成されているが、見直しの物差しが一定でないため「評価」とまでは言い難い。第三者評価受審は今回が初めてであり、今後は本件における自己評価に毎年取組むことを期待する。</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。	c
<p><コメント></p> <p>毎月のミーティングであがった課題は会議録として文書化され、職員間で共有化が図られている。ただし、課題は現状把握と意見交換から導き出したものであるため、事実と印象や感想が混濁しており、一定の基準をもった評価には至っていない。また課題から改善策があがったとしても、職員（若しくは事業所）の裁量範囲が限られているため、「小さなこと」「目前」のこと以外は計画を立案する以前に本部に委ねることになり、現状の組織体制では実効性に欠ける。</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
<p><コメント></p> <p>『職務基準書』には、管理者をはじめ各職域における役割と責任が明文化されている。管理者は、事業所の方針と取組みについてミーティングを中心に職員に周知しており、また利用者・家族には『エルマーナ便り』のコーナーを利用して機会ある度にコメントを残す等、周知度の確認はないものの「管理者であること」を届けている。有事における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確にはなっていないが、職位で順次委任されることが職員の共通認識としてあり、また災害時の役割分担は定められている。</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	b

	ている。	
<p><コメント></p> <p>管理者は、遵守すべき法令等を十分に理解しているとは言えないと自覚があるため、集団指導には必ず出向き、随時行政や専門家の意見を仰ぎ、鋭意遵守に努めている。年2回の法定訓練は年間行事に位置付け、また年5日の有給休暇義務化については、本部からの「〇ヶ月の間に〇日取得してください」といったメール配信を元に管理者が把握並びに消化チェックをおこなっている。職員に対して法令を周知する取組みは「個人情報保護法」に留まるため、今後は「パワーハラスメント」「セクシャルハラスメント」の知識とともに、防止策などの学習機会を設けることを期待する。</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	II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	b
<p><コメント></p> <p>実施するサービスの質については、ミーティングで現状確認がおこなわれ、職員で問題的や課題があげられているが、一定の基準がないため評価・分析するまでには及んでいない。あがった問題点や課題は早期の内に解決できるよう、「看護」「介護」などの領域でそれぞれ事案を整理し、管理者も積極的に関わるようにしている。職員間の関係性は良好で、意欲もあり、「利用者のモチベーションをあげるためには？」に対して「歌謡ショーをやったらどうか」などの意見交換は盛んであり、管理者としては適切な内容となれば予算化する等側面的に支援している。法人内には認知症対応の施設が多いことから、定期的な勉強会は認知症に係るものであり、当事業所のように主なメニューがトレーニングでは、教育研修は充実しているとはいえない。</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
<p><コメント></p> <p>管理者は、売上・人件費・その他軽費の収支バランスについては毎月押さえており、職員配置もそれぞれの職員の特性を踏まえたうえで負担とならないよう、シフトや休暇取得に目配りしている。また独りでの把握ではなく、毎月の主任会議において各々事業所を取り仕切っている同じ立場の役職者にも状況を知ってもらっている。利用者本人や家族の要望に副って送迎順序を工夫したり、小・中・高の子どもをもつ職員の家庭での状況に配慮する等、ローリスク、ハイリターンになるように考えてはいるも、管理者の右腕を育成できていないことでの不具合を日常的に抱えている。</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	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。	b
<p><コメント></p> <p>必要な福祉人材や人員体制に関する考え方を踏まえ、介護福祉士実務者研修や介護員初任者</p>		

<p>研修が法人内の別組織でおこなわれ、内外の人材を育てようとの取組みはある。また紹介制度（職員が人材を紹介すると報奨金がでる）が敷かれるとともに、採用の活動は主に法人本部がおこなっているが結果に実らず、当事業所をはじめ法人内の事業所で確保が万全とはいえない。定着については、新入社員研修から現場OJTで教育が途切れてしまうことも課題の一つと管理者は考えている。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p><コメント> 法人では「会社理念に共感し、行動できる人」を求めているが、それが明確に異動や昇進・昇格に反映しているかは、基準が明確に示されていないので判らない。ただし、半期ごとに主任（管理者）がおこなう人事評価はある程度基準が敷かれているため、今後前者と後者の連動性が望まれる。ES（従業員満足度調査）は2回実施されているが、具体的に処遇改善の必要性等を評価・分析してはいない。キャリアパスで等級は示されているため、知り得ている職員はある程度将来の姿を描くことはできると思われるが、キャリアパスの資料作成や説明会などがおこなわれていないため、知識・情報として標準化されていない（知らない職員がいる可能性が高い）。</p>		
<p>II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>		
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。	b
<p><コメント> 職員の就業状況や意向把握にもとづく労務管理は、主にはシフト調整を通じておこなわれている。利用者の入院等諸事情が重なり稼働率が下がり、対策として事業所のサービスの再構築を検討しているが、着手するにあたっては職員の負担について十分吟味する必要があると管理者は踏まえている。また、管理者はリフレッシュ効果を視野に入れて定期的に配置を入れ替えたり、法人でも健康診断（年1回）の費用を負担している。ストレスチェックは導入していないが、常から管理者も現場にでていることから愚痴レベルまで耳に入っており、なるべく汲み取るよう努めている。しかしながら、「相談者は選べた方がよい」若しくは「適した人がいればなおよい」との考えから、他の人に対応してもらうこともある。またパートタイマー職においてはそもそもの働き方として「仕事と生活の両立」を最優先に、シフト希望を叶え気持ちよく働いてもらえるよう配慮している。</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。	b
<p><コメント> 明文化はされていないが、「会社理念に共感し実行できる人」＝「期待する職員像」ということは職員全員が理解している。目標設定については目標水準等が職員一人ひとりに委ねられているが、「一次評価（本人）」「二次評価（上司）」「三次評価（法人代表）」の仕組みは確立している。また年2回の面談により、目標の進捗状況の中間並びに最終確認がおこなわれている。管理者は自身の自己評価として、部下の「現状の良い点はさらに奨励する」が「改善点についての具体的な取り組みには助言が甘い」と考えており、評価を通じた目標達成への道筋については課題としている。</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。	b

<p><コメント></p> <p>法人内で介護福祉士実務者研修・介護員初任者研修が定期開催され、また理学療法士・作業療法士・柔道整復師・看護師によるサービスで加算をとっていることを通じて、間接的ではあるが職員は取得すべき資格を理解している。認知症対応のスペシャリストを育てるべく『自立支援型介護勉強会』が継続実施されているが、パートタイマー職員の参加頻度は低く、その点においては不足がある。本部主導研修や外部研修について振り返りレポート等の成果物を残してはいないが、職場で伝達講習などがおこなわれ、学習を共有している。また処遇改善に係る勉強会レベルの年間研修を所内で実施（※）、研修内容やカリキュラムの評価にまで及んでいないが、年度での見直しおこなっている。</p> <p>※ 4月 非常災害時・5月 医療・6月 感染症、食中毒・7月 認知症・8月 身体拘束・9月 介護予防・10月 介護技術・11月 法令遵守・12月 倫理・1月 プライバシー・2月 緊急時対応・3月 事故防止</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。	b
<p><コメント></p> <p>小さな事業所ということもあり、管理者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。転属の職員や、新しい業務に携わる職員には業務内容を詳細に記した『エルマーナ業務マニュアル』が教本としてあり、また指導員もつけてはいるが、指導員に対してコーチングやOJTの教育はおこなわれていない。職種別、階層別研修の機会はほとんどないが、テーマ別研修の開催は少ないがある。外部研修の情報提供はおこなうも、人員配置の余裕がないため管理者からの勧奨は控えているが、取得して欲しい資格もあるため、本人と相談しつつ研修への参加にはシフト調整に尽力している。</p>		
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
20	II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b
<p><コメント></p> <p>実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢は明文化されていません。ただし、法人内には『てるてるアカデミー』という組織があり、介護福祉士実務者研修・介護員初任者研修が定期開催され、また社内では『自立支援型介護勉強会』も実施、その内容について掲載のホームページからは、専門職の育成に係る基本姿勢は読み取れる。近年は外国人技能実習生も受入れており、申請・認可を通じた仕様書などの整備はある。職場体験のみ事業所で担当しており、全容には関わっていない。</p>		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>ホームページには、法人理念や特長的な取組み、事業所の特徴とともに、提供する福祉サービスの内容が掲載されているが、事業計画・事業報告・決算情報は公開されていない。法人</p>		

代表者が求めに応じてギター片手に子どもたちに説法をおこない、また法人20周年の記念として地元のNPO法人が主催する「地域の人たちで手をつなごう」という意図のイベント（※）に協賛、費用助成するといった例もあり、福祉に携わる法人として「地域における公益的な取組を実施する責務」を果たそうとの姿勢を汲みとることはできるが、第三者評価受審は今回が初めてであり、積極的な情報公開はこれまではおこなわれていない。

※地域の小学校の運動場に地域住民が集まり、実際手をつなぎ、大きな輪をつくり、相互扶助のあるコミュニティに育てていこうと確認しあった

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。	c
----	---	---

<コメント>

事務分掌や取引規程の書面はないが、5千円以上の物品購入や修繕については稟議を通すこと等はルールとなっていて、日常的なことは管理者に一任されており、所内で管理者が承認する形で物品購入や取引業者の採択が進められている。法人本部に提出することが慣習的に決まったものについては、提出後不備があれば本部から指摘があがるが、事業所が提出前に予め確認をおこなうチェックシートのようなものはない。毎月法人本部には税理士が定期指導に入っており、その中で当事業所の経理についても精査されている。事務分掌等ルールを書面化するとともに、静岡市の実地指導は（今回は平成30年度にあったが）不定期な状況にあるため、法人内の事業所間で内部品質監査が実施されることを期待する。

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>法人理念（当事業所では「会社理念」という）には「地域社会に受け入れられ認められる会社とその一員を目指す」とあり、法人は地域の祭りをはじめとする行事に関わりをもっているが、事業所単独では地元小学生との定期交流会（※）に留まる。利用者には在宅であることもあって、地域行事のポスター掲示で告知したり、コミュニティ情報誌（無料配布）を所内に置き、自由に持ち帰ることができるようにしているが、事業所が利用者を地域に誘うのは買い物レクリエーションのときに限られる。買い物は利用者の要望を踏まえ、主に100円均一ショップを利用している。</p> <p>※ 毎年長田西小の4年生が来所している。1日目はデイサービスでお年寄りがどんな風に過ごしているのか見学しながら、話をしたりゲームをしたり、またインタビューをしたりして様子を確認していく。2日目は小学生たちが用意したレクリエーション（ゲーム、歌など）を一緒におこなっている</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

<p><コメント></p> <p>ボランティア受入れや地域の学校教育への協力に関する基本姿勢を明文化してはいないが、オファーや問い合わせには前向きに対応している。受入れについてのマニュアルはボランティア用はないため、実習生の受入れマニュアルや静岡市社会福祉協議会の資料を参考に進めている（※）。ボランティアに対して、利用者との交流を図る視点で必要な研修やオリエンテーションはおこなっていないが、滞在中には職員がボランティアと利用者の橋渡し役を担い、支援している。また静岡市のシニアサポーターの登録事業所にもなっている。</p> <p>※ 学校教育の協力実績としては教師になる予定の大学生の単位実習や、地域の小学生との交流会（30名×2日間）がある</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>	b
<p><コメント></p> <p>これまで事業所に協力、訪問くださったボランティア及びボランティア団体の連絡先などはリスト化し、誰もが随時確認できるようにしている。消防署（救急搬送）や警察とは定期ではないが何かにつけコンタクトをとるよう努め、また地域にある住宅型有料老人ホームとはオセロ大会といった法人内における独自競技で親しく交流が叶っている。地域のネットワーク化は法人本部では推進されつつあるが、事業所に下ろされたものはなく、また事業所単独の取組みはない。14のサービス種別をもつ法人であることから、地域連携の方針を明確にして取組みが高まることを期待する。</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>	c
<p><コメント></p> <p>関係機関・団体との連携、地域の各種介護への参加はおこなわれていないが、法人参加での地域住民との交流（※）は長年続いている。地域との交流機会はあるものの、福祉ニーズや生活課題を把握するまでには至っていない。</p> <p>※実践例：丸子まつり（年1回）では、法人として子どもたちにスライムで遊ぶコーナーを提供している</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>	b
<p><コメント></p> <p>法人や事業所が地域の福祉ニーズを把握するまでには至っていないが、求めには快く応じており、法人は特定非営利活動法人まちづくり協議会と連携のうえ、商店街行事などへの参加を果たし、少なからずコミュニティの活性化に貢献している。当事業所職員が専門知識や経験を活かして出前講座（防災訓練で車いす操作を指導する等）をしたことはないが、有事のときの協力となればとの考えから、通いの施設ではあるも水2ℓ×60本、非常食50食を備蓄している。</p>		

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>朝礼、会議では「会社理念」を唱和し、適切な福祉サービスの実践につながるよう図っている。倫理については『倫理規定マニュアル』に収まり、「倫理」の所内研修会で改めて学び、振り返っている。普段から「利用者の自主性を重んじ、自分でできることはなるべく自分でやってもらう」という、本人の残存機能を活かす姿勢で対応していることから、職員が主体的に利用者に投げかけるということもなく、スピーチロックや精神的な虐待などは起こりにくい環境にある。また、利用者本人の基本的人権や尊重が損なわれる状況にあると判断した場合は、管理者から担当の介護支援専門員に連絡をいれ、必要に応じてサービス担当者会議を開催する等の対策を講じてもらっている。</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
<p><コメント></p> <p>『利用者のプライバシー保護に関するマニュアル』を備え、係る研修も実施している（直近、令和元年7月実施）。『入浴介助マニュアル』に「プライバシー保護に配慮し不必要な肌の露出を防ぐ為、バスタオル等で被う」、『排泄介助マニュアル』には「他人には見られたくないこと」「不適切な介助は自尊心を傷つけるので相手の立場を思いやり、細心の注意を払って行う必要がある」等の羞恥心についての記載があるほか、所内年間研修計画においてプライバシーについて学ぶ機会がある。マニュアルに基づき入浴では、「同性介助（女性のみ）」「脱衣所をカーテンで仕切る」「巻きタオルを使用」等が励行されている。また排泄介助時には、他の人の目に触れないように扉を閉めることを徹底している。設備の工夫としては「脱衣所にカーテン」「トイレの扉に鍵」を設置、体調不良を訴える人に向け静養室が用意され、個別に相談がある人には相談室での対応をとっている。利用者・家族に対しては契約時に、個人情報保護方針の書面（『個人情報取扱い規則』）を以てプライバシー保護についての説明をおこなっている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>事業所の特性や取組みを紹介するものとしてホームページはあるが、公共施設等へパンフレットやお便りの配布はおこなっていない。パンフレット・お便りは写真や絵図を使用、毎月発行する『エルマーナだより』は、行事やお出かけ、季節の献立が写真活用によって、わかりやすいものとなって利用者・家族に届けられている。ホームページは本部が更新し、パンフレットは法改正や写真の差替えが必要な場合に見直しをかけ、またお便りの内容は季節感があり、変化に富んだものになるよう留意している。利用希望には、本人・家族に当事業所</p>		

の特徴、サービス内容、利用料金等、書面を示し丁寧に説明するよう努めている（※）。毎月2名程度が居宅介護支援事業所の紹介で見学を訪れており、各種運動機器の説明を受けた後にはお試し体験（無料）に至る人もいる。「運動器具の種類が豊富で、沢山運動ができる」事業所として、地域の介護支援専門員からは一定の評価が得られている。

※ 見学者には概ね30分程の時間で、生活相談員が1日の流れや事業所の特長、基本情報を伝え、厨房や浴室などの設備も確認してもらっている。また実際に機械操作を体験してもらうこともある。

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

<コメント>
サービス開始時は重要事項説明書に沿って説明をおこない、同意を得て契約に至っている。説明と同意にあたっては、「どんなことをやっているのか」がより理解できるようにという点に注視して認知症でなければ本人に、また認知症の症状がある場合には同席の家族（主介護者）におこなっている。「わかりやすい説明」として専門用語を理解しやすい言葉に替え、パンフレットや『エルマーナだより』の写真を示して目視でも確認してもらうようにするほか、サービス内容が変更となった時は、どこがどのように変わったかが数字でわかるよう資料を作成している。現状家族に説明していることもあり、認知症を含め意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化はされていない。成年後見制度を利用している人もいない。

32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b
----	---	---

<コメント>
福祉サービスの内容や事業所情報において変更がある場合、担当の介護支援専門員への情報提供をおこなうとともに、重要事項説明書の改訂に及んだときは本人・家族に改めて説明のうえ押印をとりおしている。また本人の心身の変調等に因りサービス担当者会議が招集された場合は管理者、若しくは副主任が出征のうえ、情報共有している。要請があれば必要書面を用意してはいるが、変更・移行に応じての福祉サービスの継続性に配慮した手順や引継ぎ文書は定めていない。サービスの利用が終了した後も生活相談員や管理者を相談窓口として対応することは口頭で説明するのみで、書面等を渡してはいる。実際の相談例はない（介護支援事業所へ相談しているものと推量される）。

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。	c
----	---	---

<コメント>
利用に関する意向アンケートは年に一度おこなっているが、時期は定めていない。アンケート項目は毎回内容が異なり、時系列で考察するものではなく現状把握に留まっている（※）。集計後は結果をミーティングで周知し、献立はメニューへ反映させ、外出は選定に役立てているが、利用者にはフィードバックはしていない。個別の相談面談についても要望があれば応じているが、利用者懇談会や利用者会・家族会の運営はない。利用者・家族の要望等についてはその都度対応するような形となっており、組織として分析・検討する担当者や部署、定期的な検討会議をおこなう仕組みはない。

※ 献立、機能訓練利用時間、レクリエーション内容、外出希望等、5項目程度の簡易なものとして利用者が面倒と感じないよう配慮している

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

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

b

<コメント>

第三者委員の設置は無いが、苦情受付・苦情解決責任者は管理者であることは重要事項説明書に謳われ（苦情受付担当者として明示）、契約時に「何かあればなんでも言ってほしい」と伝えている。「苦情・要望はいつでも受け付ける」との姿勢は、ご意見箱を設置で表しているが実際意見は入っていたことがない。日頃のコミュニケーションで気軽に言ってもらえる関係をつくり、また言いにくい人のために不定期ながらもアンケートを実施している。相談・苦情については、受付から最終的な結果までは対応者が誰であろうと管理者が『苦情記録』に内容を残し、所内にファイル保管するとともに本部に書面提出している。対応策は緊急でなければ月に一度のミーティングで対応策などを話し合い、管理者を通じて法人本部の意見を仰いでいる（緊急の場合は管理者と法人本部で協議する）。検討内容や対応策は利用者や家族に必ずフィードバックをおこない、また「公表するか否か」は、本人や家族の合意を得るなど総合的に勘案したうえで、プライバシーに十分配慮して『エルマーナだより』に掲載している。

35 Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。

b

<コメント>

利用者が相談したいとなったとき、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は作成されていないが、契約時には苦情相談の窓口が管理者であることが記載された重要事項説明書に沿って、気づいたことは管理者だけでなく職員に気軽に伝えて欲しい旨伝えるとともに利用者に配付され、また事業所内に掲示されている。威圧感が出ないよう言葉遣いには十分配慮し、どの職員も明るく、話しかけやすい雰囲気を作っている。信頼関係が大事として、即応できる事はそれぞれの職員で取り掛かり、必ず管理者に報告しており、「言ったのに伝わっていない」ということはないように徹底している。また意見を伺う際には、内容によっては他の人に聞かれないよう相談室を利用している。

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

b

<コメント>

苦情を受けた際の記録・報告・保管等はしているが、当該マニュアルはない。ご意見箱の設置や、不定期なもののアンケートを実施するほか、普段の会話の中からも聞き取るよう心がけているが、「利用者の意見を積極的に把握する仕組み」には及んでいない。相談内容によって現場での判断が難しい場合は管理者に速やかに報告し、指示を仰いでおり、組織としての連携はある。利用者とは日頃から何でも言ってもらえる関係を築こうとしているからか、「ちょっと来てくれ」と言われて相談を受けることが多く、内容によっては立ち話だったり相談室で聞くなど、利用者の状況や様子に合わせている。金銭のかかるもの、一人で判断できないものは管理者の判断を仰ぎ、医療面については看護師の指示を受け、内容は申し送りノー

トに記載して共有を図っている。設備についてなど金銭的に大掛かりとなるものについては、稟議をあげ、法人本部の判断に委ねている。		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	b
<p><コメント></p> <p>事故発生時の対応に係るマニュアルはないが、事故発生時の手順は定まっている（※）。リスクマネジメントに関する責任者は管理者とし、事故発生があった場合は関係者だけでなく他の職員もその事例について検討し、再発防止策を協議する場を設けているが、委員会の設置等の体制の整備はない。職員は事故につながる可能性に注視することを仕事のひとつと認識、ヒヤリハットを随時提出している。ヒヤリハットに係る検証や精査は主にその日の勤務者で話し合っており、欠席者や短時間のパートタイマー職は申し送りノートを通して理解している。事故防止策の実効性について定期的な評価、見直しは特段おこなっておらず、ヒヤリハットの提出率が低いことは、当事業所に運動器具が豊富なことから課題である。</p> <p>※ 事故報告書に記入→その日のうちに出勤の職員を集め、帰りのミーティングで改善策を話し合う→関係者等に報告→月例ミーティングで再発防止策等を話し合う</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。	b
<p><コメント></p> <p>感染症対策の責任者を管理者と定めている。『感染症/食中毒対策マニュアル』は備わっているが、定期的な見直しはおこなわれていない。年間研修計画の中で嘔吐物処理、インフルエンザ等について、看護師が指導者となり学んでいる。朝のお迎え時には体調チェック表を用いて体温、鼻水、排便の確認とともに心身の状態を職員が聞き取りして、予防にあたっている。事業所に到着した時と食事前は必ず手洗い、うがいをしてもらっている。手指消毒も来所時と食事前に励行し、マスク装着も呼びかけている。換気の時間は決めていないが、天窓開放をおこない、加湿器は5台設置、手すりやドアノブ、コンタクトポイントは次亜塩素酸で消毒をおこなっている。利用者の罹患が予見された場合は、生活環境や家庭の事情によっては静養室での隔離として看護師の判断を仰いでいる。感染症が確認された時点で、一定期間出勤停止や利用中止などの措置をしている。開設以来、インフルエンザ、ノロウィルスの蔓延はない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>『災害対応マニュアル（地震・土砂災害・火災）』を整備している。丸子川氾濫時の浸水区域ハザードマップに入っている為、想定した訓練は必要と考えているがまだ実践されていない。BCPの策定もない。大型台風接近時は、気象情報を収集し建物窓へのガラス飛散処置や外部に置いてあるものを室内に移動している。場合によっては関係者に連絡し営業中止の措置をとることとしている。利用者の中には独居で暮らす人もおり、受入れ支援についても目安を持ってはおらず、課題としている。何らかの災害では職員は緊急連絡網にて安否確認をおこない、利用者については職員が手分けして安否を確かめることとしている。サービス利用</p>		

中にあるのは、管理者により点呼をおこなう。電話が通じている場合は電話連絡のうえ、避難先は近くの小学校となっている。災害伝言ダイヤルの体験利用はまだない。また災害用食料・備品の準備はあるも現場に備品リストがなく、本部管理となっている点も是正を期待する。法定訓練を欠かしたことはなく、防災計画に則って年2回実施している。厨房からの出火を想定して消火器による消火後、玄関と掃き出し窓と指定した避難経路で駐車場に集まっている。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	b
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法として『エルマーナ業務マニュアル』があり、新人研修でテキストとして使用され、主に新人の指導教育に活用されている。個々の対応方法の留意点については、利用者個人の特記事項を記載した『終礼ノート』『支援経過』で情報共有のうえ、業務上の注意点は『申し送りノート』に記載することし、朝礼時やあとから出勤してくる職員は必ず確認後してから業務に入ることによって標準化に向けた仕組みをつくっている。また入浴や排泄に関わるマニュアルには「不適切な介助は自尊心を傷つけるので相手の立場を思いやり細心の注意を払っておこなう」と明示され、適切なサービス提供を担保している。サービスの中でチェックシートを導入している内容は「漏れなく実施しているかを確認できている」が、「標準的な実施方法にもとづいて実施されているか」に及んでの確認や、仕組みづくりについては十分ではない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法である『エルマーナ業務マニュアル』について見直す時期や方法は決められていない。新人職員の入職時が見直しの機会になるかと思われるが、新人職員の入職もないので見直しはできていない。個々の対応方法についてはミーティング時に見直しをおこなっていることから、「定期的」である。ミーティングまで待てない検討事項があれば、主任、看護師、介護リーダー、理学療法士や作業療法士等多職種でミニカンファレンスをおこない、検証・見直しを経て『終礼ノート』に記載して共有している。利用者からの意見は、利用者訪問やサービス担当者会議において、要望を聞き取り通所介護計画に反映するようにしている</p>		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a
<p><コメント></p> <p>計画の策定責任者は管理者である。サービス利用開始時のフェイスシートと介護支援専門員の作成する居宅介護計画書にもとづいて、管理者が通所介護計画書を策定し、副主任がチェ</p>		

ックしている。機能訓練計画書は管理者・理学療法士・作業療法士・柔道整復師・看護師・介護士が合議して決定、チームケアにつなげるとともに、居宅介護計画に記載がない内容でも、多職種から意見を聴取して、足湯等必要と思われるメニューの追加を検討して策定している。利用者一人ひとりの具体的なニーズは3ヶ月ごとの短期目標として明示され、計画通りにサービスがおこなわれていることを確認する方法として、通所介護計画書に3ヶ月ごとの実績を記入し、利用者に読み合せで確認してもらっている。また支援困難ケースであっても対応可能な限り、受け入れるようにしている（※）

※ 階段にスロープ設置がない場合、車いすを利用する人には2人介助でおこなう。医療的措置が必要な人には看護師と相談して対応する等

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
----	--	---

<コメント>
3ヶ月ごとの機能訓練評価やサービス担当者会議を通じて、看護師・理学療法士・作業療法士等と合議のうえ、個別機能訓練計画書も見直しをおこない、ミーティング時に他の職員にも周知している。機能訓練計画を緊急に変更する場合は、事業所内では多職種でのミニカンファレンスを実施、居宅介護計画書については介護支援専門員に連絡し、必要に応じてサービス担当者会議が開催されている。機能訓練等は、何らかの事情で実施できなかったものについては記録表で把握し、原因を探るとともにメニューや機能訓練計画の見直しをしてサービス向上につなげている。

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
----	---	---

<コメント>
利用者の心身の状態や活動状況は「入浴」「排泄」「食事」「怪我」等の項目毎に『個別支援経過記録票』に残し、個々のカルテの中に挟み込んでいる。個人カルテには「機能訓練」、「支援経過」「3ヶ月ごとの体力評価（体重、身長、歩行能力、柔軟性、握力）」が記載されている。機能訓練計画に基づくサービスが実施されていることは、具体的に数値化された『個別機能訓練実施記録票』や『利用者管理表』などの記録により確認できるが、通所介護計画書に基づくサービスが実施された結果、利用者の状態がどのように推移したかについての記録は不十分である。記録要綱の作成はないが、記録票では○やレ点をつけるようにして図っており、人によって差異が生じないようにしている。管理者への『報告ノート』、業務上の注意点を記載する『申し送りノート』の供覧、利用者個人の特記事項を記載した『終礼ノート』『支援経過』を整え、組織の情報の分別と流れを確立させている。また情報共有を目的とした会議は専門職が参加する月1回のミーティング、朝礼、夕礼があり、全職種参加で慣行されている。記録は、紙媒体や電子データとして職員が自由に閲覧できるよう置き場所を定めている。

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

<コメント>
『個人情報保護規程』で記録の保管、保存、廃棄、漏えいに対する対策等が規定されている。管理者が記録の管理体制の責任者となり、記録や情報管理に不備がみられたら都度指導して

いる。記録の管理については「プライバシー」とともに年間研修計画に組み込まれ、職員は個人情報保護規程を理解し遵守している。「守るべきことは何か」質問すると、「利用者の個人情報や他人に伝えない」「カルテは見えないように工夫する」「利用記録票（連絡帳）を間違えないように名前を照らし合わせて渡す」「金銭の取り扱いが生じた場合は複数の職員で確認する」等スラスラ答えているが、個人情報が記載された用紙はより重要として、その取扱いについては更なる指導、教育が必要と管理者は考えている（が、未だ方策がない）。

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
<p><コメント></p> <p>個々の利用者にあった機能訓練や介助方法を実施、またレクリエーションにおいても複数の選択肢（※1）を用意し、自己決定を基本としている。また買い物や外食、ボランティアの受入れなどを以て活動の多様化を図っている。基本的には午前中に「運動」「入浴」、午後は「頭の活性化」と生活のリズムが整うよう考え、午前中は個々の機能訓練プログラムに沿った活動をおこない、午後は利用者本人が好きなレクリエーションを選択している。「どのメニューもやりたくない」という人には洗濯物たたみ、お茶入れ、ウエス作り等職員の作業、手伝いに誘ったり、集団レクリエーション（※2）へ自由に参加してもらっている。また、横になって休養したい人のために、ホールにはソファとベッド、静養室内にベッド2つを用意し、静養室で横になる時間を設けている人もいる。終礼でその日の個々の体調報告や振り返りがおこなわれ、3ヶ月ごとに短期目標や要望を聞き取る機会を設けて、継続して内容を精査している。</p> <p>※1 カラオケ、麻雀、囲碁、将棋、オセロ、映画、工作、書道、園芸等 ※2 バルーンバレー、物送りゲーム、大型ジェンガ等</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。	評価外
<p><コメント></p>		
A③	A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っている。	評価外
<p><コメント></p>		
A④	A-1-(1)-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	b
<p><コメント></p>		

<p>送迎や機能訓練、また普段の会話から利用者の希望や思いを汲み取るようにしており、「目標や希望を達成するためにどうしたら良いか」という視点に立ち機能訓練計画を作成している。訓練では利用者のモチベーションも大事な要素と捉え、いつでも話やすい雰囲気であるよう心掛けるとともに、「利用者がどのように受けとめるか、どうして欲しいか」を物差しとし、「丁寧語を遣う」「くだけた感じの表現とする」等配慮している。ただし、かしこまり過ぎて話にくくならないようにしていることで、多少狎れ合いとなっていることは否めず、今後の課題としている。また、言葉でのやりとりが困難な利用者への支援については、その都度終礼やミーティングで検討・見直しをおこない、利用者によっては文字や絵図を導入したり、耳が遠い人には聞こえやすい側の耳元で話しかけたり、ジェスチャーで伝えている。話す機会の少ない人にはトイレの声掛けを定期的におこない、家族の情報から関心のありそうなことを挙げて話材として会話の機会を増やすことに努め、内容によっては相談室で聞くこともある。</p>		
<p>A-1-(2) 権利擁護</p>		
A⑤	<p>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。</p>	c
<p><コメント></p> <p>『身体拘束に関する規定(※)』を定め、年間研修において身体拘束・虐待防止に係る研修をおこなっているが、利用者に「権利侵害の防止のために具体的な内容・事例を収集・提示した周知」はなく、職員も「権利侵害の防止や早期発見のための具体的な取組み」を実施してはいない。介護者など家族からの虐待等権利侵害を発見した場合は、「まず居宅介護保険事業所の介護支援専門員への報告」としているが、手順は明確になっていない。利用者と職員の距離が適切でなく、「ちゃん」付け馴れ馴れしい関わりも見られるため、ミーティングで議題にあげ、是正を図っている途中である。</p> <p>※ 緊急やむを得ず身体拘束をおこなう場合の手続と実施方法が記載されている</p>		

評価対象 A-2 環境の整備

		第三者評価結果
<p>A-2-(1) 利用者の快適性への配慮</p>		
A⑥	<p>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。</p>	b
<p><コメント></p> <p>チェックシートなどは備わっていないが、室温、換気、明るさ、音の大きさには配慮(※1)している。カラオケはホールの一画にコーナーを設置、音声については気になる利用者もいるため、音量調整に気遣っている。食事時にはテーブルを並べ替え、機能訓練としてのスペースから切り替え、また機能訓練とレクリエーション、異なるメニューにおいても共存できるように備品の配置を工夫している。</p> <p>利用者の有用感が高まるよう壁かけ工作物や絵手紙、書道などの作品を季節ごとに掲示、休息用のソファーには仲のよい人同士で肩を並べる姿もある。体調不良の人は静養室で休み、</p>		

ホールのベッドは要望があれば机で仕切り、介助が必要な人を同じテーブルとする（※2）等して、大勢人がいても個々に快適に過ごせるように支援している。

※1 エアコンは夏26℃～と目安をもち、陽射しの強さはカーテンで調整、不定期だが換気は日に1～2回はおこない、利用者の声を確認しつつ調整している

※2 他者の視線が気になる人もいる

※3 速度や道具が異なることから本人が気づまりなこともある

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
<p><コメント></p> <p>利用者の7割程が入浴利用の希望があり、浴室内には常に見守りの職員を配置している。心身の状態や意向に合わせて移動方法や入浴方法（※1）を検討しているが、「自分でできることは自分で（残存機能維持向上）」とのスタンスで「介助は必要に応じて」として、安全・快適な入浴ができるよう道具や器具（※2）を揃えている。尊厳や感情への配慮として呼ぶ順番を考慮（※3）、カーテンで仕切ったり、巻きタオル使ったり、女性の場合は女性職員のみで対応して快適に入れるよう支援している。</p> <p>入浴拒否については、入浴順序や声掛けのタイミング、職員を変えてみるなどしている。「時間を置いて誘ったら入ってもらえた」といった成功例を伝え合い、無理強いせず、本人の気分が悪くならないように配慮している。入浴前にバイタルチェックをおこない、入浴の可否や入浴サービスの切り替え（清拭等）について看護師の判断を仰いでいる。</p> <p>※1 ジャグジー、アビット（浴槽をまたぐことなく入浴できる）、シャワー</p> <p>※2 脱衣所の温度管理、湯温の管理、浴室内のすべり止めマット使用、キャスター付きの浴室用いす（シャワーチェア）</p> <p>※3 「一番に入りたい」「一緒に入りたい」「（皮膚疾患や手術痕があり）他人の目が気になる」</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。	a
<p><コメント></p> <p>全利用者がトイレで排泄できている。利用者の心身の状況や要望をふまえて「できないところを支援する」として「どこまでお手伝いしたらよいか」職員間で共有、使用中はトイレの扉は必ず閉め、「女性には女性職員が対応する」と決めている。失敗してしまった場合には何事もなかったかのようにトイレや脱衣所で着替え、他の人に気づかれないよう衣類もできるだけ同じような色を選んでいる。そのような頻度を抑えるためにも、「我慢しないようトイレに行きたくなったら手をあげてください」とそっと確認、尿意・便意の訴えがあれば、待たせることのないよう空いているトイレ（3箇所ある）へ誘導している。トイレ環境（※1）</p>		

を整え、自立のための働きかけ（※2）、また排泄チェック表で回数や色、出血等を把握・共有しており、体調が気になる場合には尿や便の状態とともに家族や担当の介護支援専門員に伝えている。

※1 「換気」「ウォッシュレット」「手すり」「呼び出しボタン」「必要に応じた見守り」

※2 「我慢しないようにこまめな声掛けをおこなう」「適度な運動をおこなう」「（自宅では車いす利用でも）筋力保持のためできるだけトイレまでは歩行器を使用して歩いてもらう」

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

<コメント>

心身状態に合わせて様々な移動器具を使用するため、段差のない床と通路の幅や動線が十分とれるよう配している。利用者の心身の状況にあわせて杖、歩行器、シルバーカー、車いすを使用しているが、自立への働きかけとして「一日中車いすに座って過ごすことがないように」歩行器や平行棒内で歩行する機会をもっている。「シルバーカーを使ってみたい」といった要望や相談にも応じ、福祉機器取扱い業者に直接来所してもらい、様々な種類の中から操作しやすく本人に合ったものを選び、使用状況を確認するなどの支援をおこなっている。介助が必要な利用者が移動を希望した際、優先して介助につくよう職員は心得ており、座席も移動しやすく位置しているほか、狭いところや人の後ろを通る時などは他利用者との接触がないよう、職員が周囲に声掛けしている。

送迎では利用者の心身の状況に合わせる事が出来る車いす搭載車を備えているが、ステップを上げるのが大変な人には普通乗用車を使用している。また家庭での移動について、手すりやスロープの設置等、担当の介護支援専門員を通して助言・提案している。

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

<コメント>

献立は毎日かわり、事業所厨房で調理されたものが提供されている。栄養士がメニューを作成、季節の旬の物を取り入れて温かい物は温かく、冷えた物は直前まで冷蔵庫に置き、提供している。検食簿をつけ、献立についてはアンケートにも加え反映させていて、穴子丼・いなりずし・ちらし寿司・手作りコロケが好評である。

楽しく食事ができるよう、仲の良い人を同じテーブルにして席には配慮している。三方の壁にそれぞれ一台ずつ計3台のテレビを設置し、各テーブルで自由にリモコン操作をおこなう等、自宅のリビングにいるかのように寛いでいる。

食事前の手の消毒を励行し、おしぼりを配付している。厨房でも使用機器の消毒、調理員の検便検査を実施して、『衛生管理点検表』にもとづき衛生管理が適切におこなわれている。

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
-----	---	---

<コメント>

利用者の心身や嚥下の状況に合わせてご飯の硬さを調整、副食もその人にあったサイズにカットしており、むせやすい人には飲み物にとろみをつけたり、食事時間中は看護師が見守るようにしている。食事時間をゆったりと取り、箸やスプーン、食器の形状等も一人で食べられるよう自助食器を使用、焦らず自分のペースで食事できるようにしている。サービス利用

時は平均800ccの水分摂取を目指し、食事摂取量とともに水分摂取量を利用記録票（連絡帳）にて報告、また送迎時や定期訪問時に自宅でも水分摂取を勧めるようお願いして、家族と連携した健康管理を図っている。

食事前は嚥下体操に取組み、食後の歯磨きを推奨して口の動きや歯が衰えないよう配慮するほか、定期的な身体測定などで体重の増減が著しい時は、家族や担当の介護支援専門員に相談、若しくは医師の助言を求め対応している（病院でのカンファレンスやサービス担当者会議に於いて）。

A12	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b
-----	---------------------------------	---

〈コメント〉
 口腔機能を保持・改善するため食前に口腔体操を全利用者に対して実施している。歯科医師や歯科衛生士の助言・指導や定期的なチェックはおこなっておらず、虫歯や義歯に問題があれば、歯科受診するよう勧めている。職員に対しての口腔ケアの研修はおこなっていないが、「本人が口腔機能の保持・改善に主体的に取り組むよう」要望がある人のみ食後の歯磨きの促しと確認をおこなっている（現在は10名程）。一人ひとりに応じた口腔ケア計画は作成していないが、食後の歯磨き希望者には「実施したかどうか」のチェックはしている。
 義歯の調整や虫歯が気になる等、気づいたことは家族や介護支援専門員に報告している。

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。	b
-----	-----------------------------	---

〈コメント〉
 褥瘡予防のための指針、標準的な実施方法は整備されていないが、体位変換や入浴時の身体チェックは職員に指導をおこない、実施されている。褥瘡予防対策は、看護師・介護職員・理学療法士・作業療法士が連携しておこない、予防のためのベッドマット導入や体位交換については介護支援専門員と連携して支援している。
 軽度で発赤程度でも褥瘡発生が心配される場合は看護師に報告、看護師の判断を受け、利用記録票（連絡帳）や電話で家庭には連絡し、必要に応じて病院受診をお願いしている。褥瘡発生後の治癒に向けたケアは医師の指示を仰いだうえで、看護師がその部位を保護・処置し、良肢位を保つよう多職種で連携して悪化防止に努めている。

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。	非該当
-----	---	-----

〈コメント〉

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
-----	---	---

〈コメント〉
 理学療法士・作業療法士・柔道整復師が機能訓練計画を作成し、利用者本人が持っている機能を維持するため、できることは自分でやるよう働きかけ、できない部分を支援している（※）。機能訓練計画は個別に3ヶ月ごとに評価・見直しをおこない、「歩けるようになりたいので下肢筋力をつけたい」「現状を維持したい」「このまま楽しく」といった利用者と家族の要望を機能訓練士が直接話して聴きとるとともに、本人からは何気ない普段の会話から、

また家族には「家で困ったことはないか」送迎の際に自然に聞くようにしている。
介護支援専門員とは常に連携を図り、グラフ化した機能訓練計画を届けるほか、意欲低下や同じことを繰り返す等認知症の症状が散見されたときは、速やかに連絡している。

※ 「食事の支度」「掃除」「洗濯」「階段昇降」

A-3-(6) 認知症ケア

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

<コメント>

サービス利用前のお試し利用を通して状態を確認するとともに、既往歴・現病・内服薬や、生活状態や趣味等についてもアセスメントしている。特定の利用者に対し、一定期間の観察と記録を実施のうえ、症状改善に向け水分・食事摂取、排便リズム、運動量について数値化及び分析をおこない、「身体不調型」「環境不適合型」「葛藤型」など認知症のタイプに照らした対応を検討、看護師・介護職が連携し支援内容を考察している。

法人が定期的に認知症自立支援型介護（※）の研修をおこなっており、参加している職員は利用者自身が心配・不安に思うような言動は避け、自分で自信をもって行動できるようサポートができています。他にも安心して落ち着ける環境づくりとして座席の配置をはじめ、様々な面で可能な限り制限を設けないよう、またグループで継続的に活動し楽しく過ごせるよう支援している。

家族会等、家族が必要であろう社会資源を紹介できてはいませんが、より良いケアの方法を家族と共有し、認知症を予防する為の「適度な水分補給」「適度な運動」「規則正しい食生活」「排便の重要性」について情報提供している。

※ ADL（日常動作）が自立すればQOL（生活の質）も向上し、IADL（手段的日常動作：買い物、調理など）という生活関連動作も自立していくという視点のもとに、水分・食事・排便・運動の基本的ケアを確実にこなうことを鍵としている

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。	b
-----	---	---

<コメント>

健康管理については日に複数回のバイタルチェックを実施、記録している。朝のお迎え時はチェック表に従って聞き取りと健康チェックをおこない、到着後看護師に報告して異変の兆候等観察するようにしている。運動後のバイタルチェックもおこない、朝1回の検温、必要と目される利用者には午後も検温し、看護師が喘鳴、酸素量、バイタルを測定しており、体調変化時の対応方法（※1）は、個人カルテで利用者ごとに明確になっている。

職員に対して高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用に関する研修はおこなっていないが、体調変化時の対応やAEDの使用方法、救急への通報、家族・介護支援専門員への連絡手順などの研修はおこなっている。

看護師が薬の管理を担当、与薬は看護師または介護職員でおこなっている。誤薬がないよう、薬袋の名前を本人の前で読み上げ、飲み込みを確認のうえ空き袋は回収、管理シートチェック欄に記載している。

※1 通報・医療機関への問い合わせ、家族や介護支援専門員への連絡等		
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。	評価外
〈コメント〉		

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。	b
〈コメント〉		
<p>家族に対しては送迎時での口頭の連絡とともに利用記録票（連絡帳）（※1）にその日の状況を記載、異変があればその都度緊急連絡先へ生活相談員が報告している。内容が画一化しないよう利用記録票（連絡帳）を書く職員は順番とし、看護師からの医療的連絡がある時は、看護師が直接記入している。交換日記のように家族から利用記録票（連絡帳）を通じた相談や問い合わせもあり、内容によって看護師または機能訓練士が回答している（※2）。</p> <p>月刊のお便り『エルマーナだより』に月次の行事スケジュールや献立表を掲載し、また行事参加希望の有無や理容予約の報告をおこなうほか、サービスの説明や要望を聴く機会としては、日々の送迎とともに3ヶ月に一度の家庭訪問がある。折々の場では介護者の愚痴にも耳を傾け、家庭での介護状況も把握するようにしている。</p> <p>年間研修は月1回で回数も限られ、また内容も多岐に渡っており、介護のみでの研修は定期ではおこなわれていないが、サービス担当者会議のほか要請あれば都度相談を受け、記録簿や申し送りノートに記録して、利用者本人の状態と支援方法は共有している。</p>		
<p>※1 利用記録票（連絡帳）の記載事項は「血圧」「体温」「運動後バイタル（血圧・脈等）」「食事量」「水分量」「服薬有無」「口腔ケア」「午後の活動の様子」等</p> <p>※2 介護職とは送迎時に話し合えるが、医療や機能訓練の専門家には直接話をする機会が少ない為</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。	評価外
〈コメント〉		

