

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：養護老人ホーム掛川市ききょう荘	種別：養護老人ホーム
代表者氏名：施設長 鈴木龍太	定員（利用人数）：50名
所在地：掛川市水垂479番地の1	
TEL：0537-24-0868	ホームページ： http://www.kake-en.or.jp/
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 昭和30年5月20日（桔梗寮）	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人掛川社会福祉事業会・掛川市	
職員数	常勤職員：8名 非常勤職員：8名
専門職員	施設長：1名 事務員：1名
	生活相談員：2名 栄養士：1名
	支援員：9名 看護職員：2名
施設・設備 の概要	(居室数) 25室
	(設備等) 3階建て鉄筋コンクリート

③ 理念・基本方針

社会福祉法人としての役割を認識し健全で活力ある施設運営に努めます。 個人の人格を尊重し利用者本位のサービスを提供します。 明るく楽しく安心した生活が営まれるよう信頼と笑顔で支援します。
--

④ 施設・事業所の特徴的な取組

緑に囲まれ四季の変化を感じながら毎日生活する事ができます。居室環境は和室と洋室があり、身体状況により用意させていただきます。その他、外出や季節の行事もあり、地域社会とのつながりを大事にしています。 利用者の生活は基本的に「自主自立」が条件となります。必要最低限の日課や役割を担うことで社会生活の基礎を築き、その上で心身共に健康で安心・安全な毎日が送れるように職員一同で支援しています。 また社会福祉法人が運営している施設ということで、地域貢献活動への取り組みも推進しています。
--

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和元年9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)	1回（平成26年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◎経営課題を明確にし、具体的な取組みを進めている

経営課題を明確化させており、法人または事業所で実効可能なことは是正の仕組みも敷かれています。ただし、当事業所は行政（掛川市）委託による運営であるため、令和元年7月には課題を書面にしたため、法人理事などとともに行政に陳情をおこなっています（職員周知は企画会議、処遇会議で図られている）。

→陳情した内容の一部は下記「◇改善を求められる点」と重なっています。

◎意欲的に改革を進め、質の向上を図っている

より多くの地域の皆さんに足を運んでもらえるよう、また職員の働き方改革も鑑み、今年度は夏祭りのやり方を見直し、名称も『フェスタききょう』と刷新しています。このように、「昨年おこなったからやる」ではなく、事業・行事のほか、これまで取組んできた日常の事についても、その意義・効果の一つひとつ見直して再構築していることは、今回の評価を通じて確認されています。

◎利用者の生活に笑顔が生まれるよう、また地域の中にあるよう努めている

「明るく楽しく安心した生活が営まれるよう信頼と笑顔で支援します」との理念推進を念頭におき、「笑顔でわきあいあい」との合言葉を利用者と職員とで共有しています。ユニークなのは、「わきあいあい」と声に出すときに腕をつかって脇をパン、パン叩くことで、見ている側も楽しくなります。水垂地区の住民と、年に1回施設内グラウンドにて合同グラウンドゴルフ大会をおこない、夏祭りには近隣住民を招待、また掛川ロータリークラブとぶどう狩りを通じた交流もあり、理念の実現が図られています。

◇改善を求められる点

◎立地の見直し、ハード面の改善が求められる

築39年となり建物が老朽化、利用者と職員の安全とともに命も危ぶまれる点がみられます。清掃を丁寧におこなってはいますが、昨今の猛暑と豪雨といった異変天候では雨漏り箇所が多くあることや居室にエアコンがないことが難儀なほか、「(カーテンで仕切っているも実質)4人部屋」と設備そのものが感染症を引き起こしやすくなっていると同時に、居室については老人福祉法で定める新基準に不適合の状態です。また新築当初は自立者中心でしたが、現在は要支援者や精神・知的の障害者の利用者も増えており、対象者にマッチした設備ではなくなりつつあります。敷地が土砂災害警戒区域・急傾斜地崩壊地域に含まれていることもあり、その点における補強工事等の費用を鑑みると、前述の設備補修ではなく建て替え移転が望ましいのではと考えます。

◎「見守り支援」についての中長期での見直しを望む

養護老人ホームは、「経済的困窮者」「被虐待高齢者」「独居高齢者」「社会に適応できない高齢者」等を入所対象者として運営していますが、既に「認知症対応」「介護度対応」「精神疾患対応」が必要となっており、従来の見守り支援を超えて、介護保険制度や障害者総合支援法に基づくサービスの提供が求められています。ニーズの多様化に向け支援員の増員といった組織体

制の再構築を中長期計画に載せていくとともに、職員の「見守り支援」への考え方並びに意識の変容を期待します。

例えば第一フェーズとして→「自立しているから」と立ち入らないようにしていることと、「支援が必要となっているからこれはおこなう」ことは個々の処遇計画書で明確にできるものと思うが、それ以前に社会の多様性・複雑化に即して、これまでの養護老人ホームの概念と実際の利用者に差異が生じていることについて職員が自身の意識を確認していく。研修計画並びに実施が十分とは言えない状況もあるため、ファシリテーションやロールプレイングなどを通じて、意識確認していくのもよいかと思う

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

当法人が平成 11 年度に掛川市から施設管理を受託し、その後指定管理制度に移行となり、20 年が経過しました。平成 12 年度には介護保険制度がスタートし、社会福祉の理念が変化していく契機となりました。垂直型福祉から水平型福祉へ、施設福祉から地域福祉へ、そして措置制度から契約制度へ、必要な援助を受け自分らしい生き方を生み出す「自立支援」の考え方が浸透してきました。措置制度下におけるききょう荘においても、サービスの質の向上は介護保険サービス同等であるべきと認識しております。その思いを持って今回の第三者評価を受審いたしました。

総評に提示していただいた事項以外に当施設の特筆すべき点として、

- ①福祉サービスの質の向上に向けた取組において、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ない。
- ②実習等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制が整備されていない。
- ③ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が不明確である。
- ④地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われていない。
- ⑤利用者の権利侵害の防止等に関する取組みが徹底されていない。

以上の項目について改善を求められました。

これらの項目を改善していくために、ききょう荘が取り組むこととして、まず始めにスタッフ間で課題を共有いたします。次に「あるべき姿」を明確にし、具体的な行動計画に落とし込みます。さらに業務管理は P D C A サイクルを取り入れ「実施事業」、「目標の達成状況」、「達成状況の原因分析」を踏まえ、取組成果の可視化を図るというサイクルを確立させるべく努力いたします。

更に「利用者本位のサービスを提供します」という法人理念を実践するため、これからも利用者一人ひとりの思い、家族の思いの実現、地域社会との途切れのないつながりを大切にしていきます。今回、第三者評価を受審することで、何を目指していくのか、明確にすることができました。

様々な問題を抱える高齢者が増加する中で、地域における「ききょう荘」の役割が大きくなっているという認識のもと、セーフティネット施設としての価値を高めていきたいと思っております。そして、今後も効果的な運用に向けて掛川市と連携して参ります。

ききょう荘が、これから挑戦すべきことをご教示いただきありがとうございました。

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>施設長（以下、管理者）は昨年4月に着任、法人内の特別養護老人ホームや居宅介護支援事業所、地域包括支援センターなどを経験してきてはいるが、当事業所のサービス種別は初めてであり、「ゼロからの出発」と口にするほど、一つひとつの刷新に取り組んでいる。まずは「同じ法人として方向性を一つに」との考えを以て、週の始まり（月曜日）には法人理念を唱和し、法人意識を高めている。また事あるごとに『法人理念』『理事長方針』『事業計画』『個人目標』はリンクしているんだよ」と職員に働きかけている。ホームページには理念、事業計画が公開されているが、本種別の特性も鑑み、電子書面ではなくペーパーの手渡しできるもので利用者、家族の周知を進めることを期待する。</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>全国（静岡県）老人福祉施設協議会、全国社会福祉法人経営者協議会、静岡県社会福祉協議会、中部地区公立養護老人ホーム施設職員連絡協議会に所属し、会議出席や供覧資料などで社会福祉事業全体の情報を得ているが、当事業所としての分析はおこなっていない。地域の福祉計画については「かけがわ『生涯お達人市民』推進連絡協議会東部ブロック」「第四次地域福祉計画・地域福祉活動計画策定のための地区福祉懇談会」などへの出席を果たしている。中部地区公立養護老人ホーム施設職員連絡協議会における参加施設の範囲では、利用者数や利用者の姿などの情報データを収集しており、経営課題についても協議が図られている。また毎月5日を過ぎた第一水曜を法人経営会議（事業所の管理者を含み主幹を中心としたメンバー構成）と定め、経営管理シート（事業所毎、毎月）を携えて利用率や在所率など「ひと、もの、かね」を協議する場がある。</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。	a
<p><コメント></p> <p>経営課題を明確化（※1）させており、是正の仕組みも法人内に敷かれている（※2）。ただし、当事業所は行政（掛川市）委託による運営であるため、令和元年7月には課題を書面にしたため、法人理事などとともに行政に陳情をおこなっている。職員周知は企画会議、処遇会議で図られ、例えば利用者の居室については仕切りにおいてシーツを再利用したり、同室者の相性を検討するなど、できる範囲のことに取組んでいる。</p> <p>※1 主には設備面</p> <ul style="list-style-type: none"> ・昭和55年新館建築から40年近い歳月が流れ、全体に雨漏り箇所が多数あり、屋内配線・配電盤の老朽化が進んでいる ・老人福祉法で定める新基準においては個室化を原則としているが、現在2人部屋がつながっていて、カーテンで仕切られるのみのため実質4人部屋になっており、基準不適合の状態である →プライバシーが保護されにくく、感染リスクも高い ・大浴場であり、個別のバスルームがない。大型ボイラーで沸かしており、省エネを考慮すると時間などが限られ不便 ・立地環境が不具合（土砂災害特別警戒区域、急傾斜地崩壊） <p>※2 理事会（4月、6月：決算審議、9月、12月：補正予算、2月：次年度予算事前協議、3月：最終補正予算・次年度事業計画・予算）、監事監査（年2回）、評議員会（年2回）</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。	b
<p><コメント></p> <p>30周年を迎えるにあたり法人が『社会福祉法人掛川社会福祉事業会10ヵ年計画』を策定している（平成26年度から令和5年度）。10ヵ年計画は具体的戦略を持ち、『現況と課題』『数値目標』『前期・後期5ヵ年』と項目毎に整理され、課題（防災、精神疾患の対応、修繕、民設民営、地域連携、記録ソフト導入、質の向上）を明確に掲げている。ただし、1年毎に評価・見直しをおこなうといったマネジメントサイクルに乗せたものではなく、事業所としても事業所計画は単年度の策定に留まる。今後は1年間の実践に基づき、次年度あらためて中長期（3年～5年）計画が策定されることを望む。</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。	b
<p><コメント></p> <p>事業所の単年度の事業計画は、『社会福祉法人掛川社会福祉事業会10ヵ年計画』を意識したものであるとしており、「維持管理」と「改善管理」2つの視点から作成している。また「事業方針」に基づいた「事業目標」を掲げ、作成方法として「基本目標」に対して「具体的な取り組み」</p>		

を記載していることから実効性が期待できる計画と成っている。今後は年度毎に評価・見直しをおこなった中長期計画に基づいた年度計画となることを期待する。		
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
<p><コメント></p> <p>事業計画は総合的な方針を予め明示したうえで多職種が職務分掌を踏まえた内容で作成、職種ごとに基本目標を設定して具体的な取組みを記載しており、手順は確立している。また「今後はボトムアップ形式で立案することで人事考課の目標シートと連動できないか」ということも視野にいれており、本件への意欲が高いことが窺える。法人が各事業所に対し、年に1度ヒアリングを実施、事業の進捗状況と次年度に向けた協議をおこなうことで、計画期間中の実践状況が掌握され、収支状況によっては備品などの購入計画を見直せる機会ともなっている(※)。事業計画は理事会の議決後、直近の企画会議で職員に説明し、いつでも閲覧できるように社内LANで公開している。</p> <p>※措置費での運営のため「収入のめやすをつけやすい」一方で「当初予算にないことはできない」といった制約もあるが、大きな予算が必要な事業は年次計画を立てて予算化したこともある。(照明器具LED化を3ヶ年で実施)</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。	b
<p><コメント></p> <p>事業計画・事業報告は玄関に備えられ、利用者・家族・来所者など事業所に入出入りする人が自由に閲覧できるように配されている。利用者については互助会「ききょう会」を通じた説明の機会はあるが、家族に対して家族会や定期的面談も位置付けられてはいないため説明は成されていない。「エアコンがつかます」「健康増進法の関係で喫煙所を新たに設けます」といったアナウンスを含み、月間計画や行事の予定を共用空間に掲示しており、大きな行事にはイラストを描くことが得意な職員が大きくポスターに現わして告知している。細かくチェックする利用者もあり、「予定にはなかったけど、どうして？」と監視員のような質問を受けることもあり、いい意味で管理体制を省みる機会としている。</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>人事考課制度において「DO-CAPシート」を作成している。これは個人目標を管理する仕組みであるが、個人目標は事業計画に関連するように指導していることから個々の成果を集約すると、事業所の自己評価とみなすことができなくもない。事業全般の評価は法人内監査並びに法人によるヒアリングで成され、生活環境については『身体拘束・事故防止委員会(法人)』のラウンドにより、客観的なチェックを受けている。掛川市からの指定管理期間中に第三者評価の受審を義務付けられていることから平成26年度に静岡県福祉サービス第三者評</p>		

<p>価を受審しているが、自己評価の継続はない。法人として『サービス向上委員会』を設置、事業所からも職員が参加して定期的に課題の抽出や改善策の話し合いの場をもってはいるが、評価の指標となるものは定まっておらず、総じて十分とはいえない。</p>		
9	<p>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。</p>	c
<p><コメント> 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的におこなわれてはいるが、評価指標が定まっておらず、結果・課題の文書化に至っていない。日常的な課題は会議等で共有している。現在評価指標はないが、例えば特定処遇改善は介護保険事業所のみが対象であり、当事業所の種別サービスでは手当がでないこと等法人内でも物差しが異なる点もあるため、それらを内包しつつ福祉サービスの質の向上に向け適切な仕組みづくりを目指したい考え及び姿勢にはある。</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
<p>Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。</p>		
10	<p>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。</p>	b
<p><コメント> 着任から10ヶ月余りの管理者は、まずは広報紙「笑顔のわ」第22号に所信表明を投稿、方針と取組みを明確にしており、「管理者は多様で複雑な課題に対応できる専門性が求められる。また組織としてそれらを発揮するマネジメント力が不可欠である」という認識のもと、社内LANを活用し情報を発信することや、企画会議・処遇会議を通じて職員に対し理解を促している。今回の評価項目においても「現状を整理し、新たなチャレンジをおこなおうとしている」事例が随所に出てきており、職員も管理者のタクトに応えようとしている様子が感じられた。特別養護老人ホーム、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターとサービス種別を複数経験したことを活かし、「人を育てる」ことに重点を置き、特に指導職の育成に着目しており、まずは直属の部下として「補佐」を位置付けている。非常時の権限委譲については、組織図や補佐の業務内容から、施設長不在時は補佐が役割を担うであろうことは覗えるが、「権限委譲する」との明示はない。職務分掌の補佐の業務内容に加えることを望む。</p>		
11	<p>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。</p>	a
<p><コメント> 法律を幅広く把握してはいるとまではいえないものの、運営基準・労働基準といった関係法令については学びを深め、例えば4月から全面施行される健康増進法については、いち早く行政へ喫煙所の設置などの要望を提出している。また施設管理に求められる、防火管理者・第一種衛生管理者・乙4類危険物取扱者(※)・普通第一種圧力容器取扱作業主任者の資格を取得している。法令遵守のための知識習熟に意欲的で、今年度は施設事務職員経理講座、働き方改革セミナー、社会福祉施設長資格認定講習等に参加している。利害関係者とは適正な</p>		

<p>関係を保持するとともに、職員には必要に応じて係る資料を掲示または配布しており、管理者が講師となってセクシャルハラスメント、パワーハラスメント、苦情対応の分野で2回の研修会が執りおこなわれている。</p> <p>※地下に灯油タンク4000Lが設置されており、当事業所に有資格者の配置が求められる</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	<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>	b
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの質の現状について、定期的・継続的な分析はおこなっていないが、利用者処遇に関しては、介護予防の視点から「運動機能向上」「口腔機能向上」「栄養改善」、ICFの視点からは「活動」と「参加」をキーワードとして、取組みを模索している(※)。生活環境の改善については予算化が必要であり、その必然性を書式にまとめて管轄行政に上申をおこなった。福祉サービスの質の向上も目的の一つとして法人が推進する委員会活動では管理者は『地域貢献活動検討委員会』の管理者として指導力を発揮しており、地域に出向き講話をすることもある。職員意見の発信としては「企画会議」「処遇会議」「ケース会議」「給食会議」があるが、管理者が出席しないケース会議の記録にも目を通してほかに、人事考課制度の中では考課者として職員の考え方や業務行動、意見などを把握する仕組みがある。</p> <p>※利用者の処遇計画はケース会議で確認をおこなっており、社会福祉の概念の変化を背景に「特別な人のために」の垣根を外し、「(ここでの暮らしから)必要な援助を受けて自分らしい生き方をみつけた」と感じて欲しいとの想いをベースに取組んでいる</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>	b
<p><コメント></p> <p>管理者として着任間もなく、人事・労務・財務のスキルを習得中であり、「経営の改善や業務の実効性の向上に向けた分析が出来ていない」との弁ではあるが、有給の計画付与や時間外労働の削減、ITC化などの視点を持ち具体化できるように進めている。調査中、最も感心したのは、現状を洗い出し「リーダーとして何を大切にするか」「事業所としての優先事項は何か」といったことが整理されており、具体的に実践する事柄を明確に示していることであつた。また職員が守るべきルールが守られていないようであれば会議等で注意喚起をおこない、「提出物の期限を遵守する」「勤務表実績報告は実際と乖離がないように適切に作成する」といった原理原則に注視、時間外労働削減においても「申告がそのままおるものではない」「明日にできるものは明日に」「2時間かかるものを1時間にする工夫を」と職員に基本に立ち返るよう指導をおこなっている。ただし、経営改善や業務の実効性が高まるよう、組織内に具体的な体制を構築するまでには至っていない。</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</p>	b

	が確立し、取組が実施されている。	
	<p><コメント></p> <p>必要な福祉人材について明文化はされていない。人員体制に関する基本的な考え方等福祉人材の確保と育成に関する方針は明文化されていないが、法人に『人材育成検討委員会（別事業所管理者が所管している）』及び『広報・人材確保対策検討委員会（当事業所職員はメンバーとなっていない）』が設置され、十分とは言えないまでも組織的な採用や育成が推進されつつあり、事業所でも法人を通じて就職フェアやハローワークの就職相談会に職員を派遣している。介護の人材市場は長く冬の時代のままであり、「計画的に」とはいかず欠員が生じれば人員を鋭意確保するという状況ではあるが、人材配置は運営基準を遵守している。要介護・要支援認定を受けている利用者も入所しているため、近年は介護福祉士資格を有する職員も配置している。また人材難対策として日勤帯は正規職員を中心に置き、夜勤帯は夜勤専門職員（非常勤）を配置するシフトを採用している。育成については人事考課制度による目標管理や外部研修を活用しており、内部研修は不十分である。最近、出張伺い書の様式変更をおこなっているが、これは業務出張と研修出張を明確に分けたい考えを以てしたものであり、研修に出向いた者が確実に内部で伝達講習をおこなうことにつなげていく意図がある。</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></p> <p>「期待する職員像」としては『役割資格等級基準』の中で「職群」「資格」「対応職位」「職務上の職務内容と運用機能」「権限と責任」「求められる職務遂行能力」「求められる成果」と類別されて表示されている。経営職・管理職・指導職・総合職・一般職という職位を定め、人事考課制度を運用しており、職員に周知されている。採用・配置・異動については、次年度の採用計画への反映として就業形態変更希望調書を実施しているが、急な退職や、病気・妊娠など突発的に発生する職員の事情には柔軟に対応しており、計画通りとはいかない現実がある。昇進・昇格は基準が備わるものの諸般の事情から、基準通りの運用がされないケースもみられる。また法人内の介護保険事業所では加算制度を活用して介護職員を中心とした処遇改善が導入されているが、当事業所のサービス種別には公的な処遇改善の仕組みがないため、取り組めないでいる。法人がコンサルティング会社と契約しており、人事考課制度は概ね完成しているが、考課者の育成は今後の取組みとして残されている。</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
	<p><コメント></p> <p>管理者、補佐がそれぞれ直属の部下の労務管理をおこなっており、日常における有給休暇の計画的付与や終業時刻と退勤時刻の乖離チェックをおこなうほか、上期には次年度の人事計画の参考資料として就業希望調書を徴している。『ハラスメント防止に関する規程（規定は全て社内LANで閲覧ができる）』とともに相談窓口を設けており、また職員が感染症に罹患した場合のマニュアルを整備（※）、予防接種やメンタルヘルスチェックに取組み、職員の心身の健康と安全に努めている。「わかくさ会」と名付けた互助会があり、「OKワーク」という外部の福利厚生事業にも加入している。職場の親睦を深める取組みとして法人全体で4グループほどに分かれて（1グループ12名ずつ程度）日帰り旅行（2年に1度）に出かけているほか、歓迎会、忘年会、ボウリングや運動会の開催もある。大半の福祉事業所と同じく、</p>	

<p>人材や人員体制については欠員補充に追われる形となっている点是否めない。法律に基づいた規程の整備、福利厚生、労働安全衛生に関する取組みなどを順次進めているが、従業員満足度調査は、本年度初めて取組んでいる</p> <p>※『標準感染予防マニュアル』『インフルエンザ対応マニュアル』『感染性胃腸炎対応マニュアル』『疥癬対応マニュアル』</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></p> <p>組織として「期待する職員像」を明確にはしていないが、人事考課制度の仕組みを通じて求められるものを職員が受けとめることはできている。DO-CAPシートを作成し、上司と面談をおこないよく話し合って目標を決めており、また管理者から「事業計画を意識した取組みで～」と伝え、組織のベクトルと重なる設定としている。目標水準等が吟味された結果、人事考課面接の中で個人目標を修正する場合もあるが、目標設定における中間面接で進捗状況の確認が、また年度末に面接において目標達成度の確認が上司と2人3脚でおこなわれている。</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>組織として「期待する職員像」を明確にはしていないが、人事考課制度の仕組みを通じて「組織が目指す福祉サービスを実施するために求められるもの」を職員が受けとめることはできている。現在実施している福祉サービスの人員配置は管理運営規程で明確であるが、利用者に対し、サービス内容の詳細について、わかりやすく書面化されてはいない。近く重要事項説明書を作成することになっており、そこに掲載される予定である。各種法律に基づく資格取得については有資格者に欠員が生じないように配慮しており、また事業計画と合わせて研修計画が策定されてはいるが、非常勤職員を対象とはしておらず、全職員一律というものではない。また教育・研修計画については全体にわたり不十分であり、また定期的な評価と見直しもおこなわれてはいない。まずは全職員に必要とされる「身体拘束排除」「虐待防止」「接遇」「食中毒・感染症」「リスクマネジメント」などの勉強会が年間計画で位置付けられ、所内で継続実施されることを期待する。</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>個別の職員の資格取得状況や受講済研修（知識・技術水準）は法人が把握・管理しており、事業所に詳細はない。またOJTについても実施はあるが、記録が整備されていないため、評価ができない状態である。内部研修は委員会が運営、必要に応じて復命という形で外部研修への参加実績はあるが、「どこを目指しているか」「個人のキャリア形成に照らしているか」といった観点でみると不十分である。また夜勤専門職員など契約上の配慮から、教育・研修の場に参加できる機会が少ないことは課題としている。「自力では研修機会がもてない」としているが、「毎週10分間のミニ勉強会」「5問の小テストを週の頭に」といった小さな歩みをまずは踏み出すことから始められたい。</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。	c
<p><コメント></p> <p>実習中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ないが、実習生受入れマニュアルはある。ただし整備は遅れており、専門職種の特性に配慮したプログラムもない。また受入実績がないこともあり、指導者を定めていない。体験学習の高校生の体験学習の受入れは近く1例予定されている。</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>ホームページや広報紙『笑顔のわ』を通じた情報発信はあるが、事業所の成り立ち等への理解が足りないと、法人の取組みなのか事業所のことなのか、明瞭ではない点もみられる。ホームページでは、理念・基本方針・事業報告書・決算書・現況報告書が紹介され、項目別に表記され確認しやすいが、前回の静岡県福祉サービス第三者評価の結果掲載はない。ブログには利用者が地域の中で暮らす様子が写真入りでわかりやすく伝えられ、広報紙の配布は中遠地域の社会福祉法人や行政、ボランティアなど180箇所（名）に上り、広域に届けられている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>事業所における事務、経理、取引などのルールは、法人規程として定められた『経理規程』『資金運用規程』『契約事務細則』『事務決済取扱要綱』『事務分掌』に記載されている。『経理規程』では小口現金との科目を設けており、職員には物品購入の際のルールについて周知している。会計責任者は管理者、直接執り行う事務員には取扱い辞令が発布されている。事務・経理においては、「監事のための監査チェックマニュアル（静岡県社会福祉協議会が編集・発行）」に基づき内部監査をおこなっている。経理については更に、法人の監事（1名が税理士）による内部監査がおこなわれるほか、社会福祉法第56条第1項に則り掛川市による指導監査もある。今後は法人及び事業所との利害関係のない「外部の専門家による監査」があるとよい。</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

<p><コメント></p> <p>活用できる地域資源や地域情報の整備は不十分である。利用者が地域行事や活動に参加する際に必要があれば職員やボランティアが支援できる体制はなく、現状は家族または保証人に協力を仰いでいる。法人としては理念に「保健・福祉・医療機関等と連携し、地域福祉を推進します」と謳い、営利法人やNPO法人では無理として社会福祉法人に求められている「地域における公益的な取組を実施する責務」を果たすべく『地域貢献事業検討委員会』を設置、「住民の福祉参加・福祉教育の実践」等に取組むとしており、令和元年度はサロン講話など8日間に渡って職員を投じている。取組み事項にある「ソーシャルワーク機能を活かした、地域の生活困窮者等への相談・支援」は当事業所の担当分野であり、掛川市社会福祉協議会との協働で「福祉相談窓口」設置した。</p> <p>近隣住民とのグランドゴルフ大会や掛川ロータリークラブとぶどう狩りを通じた交流のほか、掛川市社会福祉協議会主催の『掛川市ふれあい広場』への参加機会もある。より多くの地域の皆さんに足を運んでもらえるよう、また職員の働き方改革も鑑み、今年度は夏祭りのやり方を見直し、名称も『フェスタききょう』と刷新している。「提灯をはわせて盆踊り」から日中開催に替えて「キッチンカーでクレープ・アイスクリーム」、利用者の中にもカラオケ愛好者が多いことから「のど自慢」、ボランティアの「フラダンスショー」を取り入れ、華やいだ1日となった。</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。	c
<p><コメント></p> <p>ボランティア受入れに関する基本姿勢、並びに学校教育への協力について明文化したものはないが、『面会・来荘 受付カード』は運用されている。マニュアルの整備が不十分であるが、ボランティアに対して利用者と交流を図るうえで必要な事柄等のレクチャーをおこなっている。ただし、「急な依頼で申し訳ないが、引き受けてほしい」などの駆け込みの申し入れにも快く対応しており、学校教育への協力実績は高い。また、法人はボランティア台帳を備え、お礼状や年賀状で日頃の労をねぎらうとともに、長きにわたる活動については表彰をおこない、感謝を形にしてもいる。</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。	b
<p><コメント></p> <p>地域の関係機関・団体について、利用者に対応できるようリストや一覧を事業所で独自に作成してはいないが、福祉施設団体要覧、掛川市の施設リストなどを活用している。また目的とは異なるが、法人広報紙『笑顔のわ』の配布先一覧は本件に一部兼用できるものである。掛川市社会福祉協議会が主催する掛川市社会福祉法人等社会貢献研究会に参加し、「福祉なんでも相談」の協力施設としてエントリー（訪問時に玄関にのぼり旗があることを確認）するほか、市役所や地域包括支援センターとは随時「入所希望者の動向」「入所後の様子」などの連絡をとりあい、生活管理短期宿泊事業についても連携が図られている。</p>		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	b

<p><コメント></p> <p>水垂地区の住民と、年に1回施設内グラウンドにて合同グラウンドゴルフ大会をおこない、交流を図っているほか、夏祭りには近隣の住民を招待している。また法人内事業（※）としてではあるが地域の要請を受け、当事業所職員が専門職としての知識と経験を活かして「脱水予防」の講義を公民館でおこなっている。講義といっても寸劇を交えたもので、一般の人にわかりやすく夏場のリスクを伝えることができている。手芸クラブ、生け花クラブ、書道クラブなど利用者の活動には、現在は地域住民となった事業所OBがボランティアの指導者として応援に加わり、生け花や大正琴などの先生も地域住民である。事業所主催の研修や支援活動などの事業実施や、多様な機関と連携した地域貢献活動の実績はない。</p> <p>※ 地域貢献事業検討委員会として、地域からの依頼内容にあわせて、専門職を健康講話等に派遣している</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。	c
<p><コメント></p> <p>掛川市社会福祉協議会が主催する『福祉なんでも相談』の参加事業所として、地域住民の一次相談場所として窓口になっている。法人の地域貢献事業検討委員会の活動を軸に社会福祉協議会、地域包括支援センターと連携し福祉ニーズの把握に努めているが、本業以外の社会活動はおこなってはならず、現時点で活動へ向けた計画はない。また民生委員・児童委員をはじめ地域福祉のために活動するボランティアと話し合う機会もない状況にある。社会福祉法改正に基づき、地域における公益的な取組を実施する責務への意識を高め、自治体の委託事業ではない事業所独自の付加的サービスの実施を今後期待する。</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>理念に「個人の人格を尊重し利用者本位のサービスを提供します」と明示、月曜日の朝礼で読み上げて意識付けには取組めているが、倫理綱領若しくは尊厳について明示したものはない。過去には法人で人権擁護の研修をおこなったことはある。年間研修計画は、各職種での内部研修と数種類の外部研修に留まり、十分ではない。しかし、身体拘束廃止委員会を通じて、権利侵害の防止等について具体的に検討する機会はある。現在、標準的な実施方法の定着に向け『業務標準化シート』を作成中であり、利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する基本姿勢を盛り込むこととしている。また処遇会議やケース会議では、人権尊重に配慮した視点での協議となっており、状況の把握・評価は処遇計画書内に設けた状況欄、評価欄を以て担保している。</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	b

	供が行われている。	
<p><コメント></p> <p>プライバシー保護マニュアル、規程は整備されておらず、手順書もないが、居室入室時のノック等、職員はエチケット・マナーを心得た対応ができています。また相部屋である居室内の相性を気にかかけ、新規入居者には事前に了承を得たり、各フロアコーナーでの面会では不具合な場合は会議室を開放等の配慮をしている。また入浴については、人に見られたくない場合は曜日を変えたり、時間をずらすといった対応としている。居室は4人部屋（11）・2人部屋（3）で個室はない。そのため、利用者・家族には広報紙において、プライバシー保護の観点から居室環境の改善に係る取組みを表明するとともに、快適さを入居者に要望された際には快く応じており、4人部屋では2人ずつ簡易な仕切りを施した部屋もある。</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
<p><コメント></p> <p>ホームページは法人全体で制作されており、広報・人材確保対策検討委員会が担当、また同じく同委員会で年2回、広報紙「笑顔のわ」を発行しており、事業所の特徴や委員会活動の紹介、苦情報告等を発信している（広報紙の配布は関係施設、家族、市役所、地域包括支援センター、小中学校等）。事業所パンフレットは生活の内容がわかりやすいように行事やクラブ活動の写真を掲載しており、見学ではそのパンフレットと日課表を渡して、日課表に基づき「歩け歩けの階段使用のルール」や入浴方法などを説明、対応記録もつけている。記録は、短期利用希望とその結果、備考欄には紹介者（地域包括支援センター、精神科病院など）が記載された丁寧なものであることを確認した。定員割れの改善もあって、地域包括支援センターや医療機関との連携を以て生活管理短期宿泊事業からも入所につながるよう努めた結果、半数余が事業を活用しており、現在の暮らし方と比較して「集団生活に慣れない」「タバコが吸えない（場所などの制限がある）」「生活リズムに慣れない」との感想を収受している。ホームページやパンフレットなどの広報媒体の見直しは定期であるのが望ましいが、今後は利用者に説明しやすいように重要事項説明書を作成する予定として、総じて本件に積極的である。</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やすく説明している。	b
<p><コメント></p> <p>措置施設であっても可能な限り試験的な宿泊（生活管理短期宿泊事業）ができるよう図ることで入所における自己決定の判断材料が増えるよう支援しており、またサービスの開始にあたっては視覚（写真）で生活の様子がわかるパンフレット等を提示して改めて説明するとともに利用者本人や家族が理解しやすいよう、文面そのままでもヨシとせず相手に合わせてわかりやすい言葉を遣うようにしている。「同意を得たい内容」は全て書面化（※）されており合意形成に至っているが、今後は重要事項説明書を備えることとしている（説明者、利用者・家族（立会人）が署名する欄を設けることで、より適切な入所手続きを目指している）。入所における面談は相談員が対応、本人のほかに家族と市町の担当職員が同席している。また入所後の介護保険サービス利用で在宅の介護支援専門員を通す折にも多様な選択肢の中から依頼しており、適切なサービスが受けられるよう図られているが、意思決定が困難な利用者へ</p>		

の配慮についてのルール化は成されていない。

※《用意している書面》現金に関する委任状、所持金保管書、夜間職員体制についての同意書、積極的な蘇生処置の希望確認書、外泊・外出に関する同意書、郵便物開封に関する同意書、インフルエンザワクチン接種の同意書、個人情報提供等に関する同意書（関係機関との連絡、医師・家族の要請、公的機関からの要請、実習生からの閲覧要請、マスコミからの取材、ホームページ、広報紙、施設内掲示等）

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〉

主な移行先は特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、療養型医療施設である。移行にあたっては従前の生活が継続されるよう配慮し、各部署から専門職が綿密に作成した必要書類（※）を移行先に渡している。「他の福祉施設から利用者を受入れるとき、当事業所の職員としては利用者の生活がスムーズに移行できるよう支援したく、詳細な情報が欲しい」との思いが前述の丁寧な書類が伴う送り出しに至っており、サービスの継続には十二分な配慮はあるも、係る手順と引継ぎ文書の用意はない。また事業所での利用が終了した後も、問い合わせがあれば生活相談員が担当として対応しているが、「フォローします」との書面を渡すことや窓口設置はなく、わかりにくい。

※ ①支援員：処遇計画書（支援員）、②看護サマリー（既往歴、服薬等）、③健康診断書、④最新血液検査結果（②③④看護職員）、⑤栄養士：食事面に関するコメントとデータ、⑥生活相談員：種別によって引継ぎ用介護情報（自傷行為がある、精神面での配慮等）

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

〈コメント〉

ききょう会全体集会（利用者の会）は、デイサービスに通う人が少ない日を選び、年4回（5月、8月、11月、2月）開催、出席率は82.5%（欠席者は認知症や、精神疾患のある人であり、文字が書けない人には聴取している）。主体的に運営してもらいたいため、事前に男女2名の役員が集まり（役員会）、集会の打ち合わせをする仕組みが敷かれている。ききょう会は年間テーマ「笑顔で和気あいあい」のもと、生活のルールについても率直な発議があり、補佐はじめ支援員、看護職員、栄養士、相談員が同席することから、その場で速やかな回答も可能とし、内容の見直しに至る事案も少なくない（※1）。また、ききょう会議事録には「冗談一つ言えない、せきくしゃみを出しても怒られる」など価値観や許容範囲の違いによる生活のしにくさや、入所が長い利用者から「昔はルールが厳しかった、今は甘い」との指摘が挙げられており、「これからの体制として処罰を与えるのではなく別の方法で」と考える事業所としては、現状は未だ試行錯誤である。利用者アンケート調査（※2）、嗜好調査は年1回実施しているが、集計のうえの現状把握に留まり、具体的な評価・分析、改善にまでには及んでいない。ご意見箱は声がけをしているが、投函実績は1通のみである。

※1 ①洗濯物干し場が狭い→当分は譲り合いをお願いします ②たまった会費について相

<p>談、減額するか図る→会費はそのままで継続 ③カラオケの時、老いも若きも歌える曲があるとよい→予算計上します ④月一回の誕生会には主役の席を設けたが、恥ずかしい→いつもの席で食べてもらうようにした、等</p> <p>※2 職員の言葉遣い・対応、職員は相談しやすいか、日課について、決まりごとに納得できるか、現在あるクラブ以外にやりたいことがあるか、等 11 設問</p>		
<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。</p>		
34	<p>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。</p>	b
<p><コメント></p> <p>苦情解決責任者を施設長、苦情受付担当者は主任生活相談員と定め、第三者委員2名が配され、苦情解決の体制が整備されている。苦情解決体制と、その案内を掲示、苦情解決マニュアル並びにチャートを作成しているが、利用者には資料配布していない。申し出しやすい工夫として集会室にご意見箱を設置、アンケートも氏名無記名とし、また日中話しかけられた時には耳を傾けるようにしており、内容によっては支援室（2階）や会議室（1階）で落ち着いて話を聴いている。実際、訪問見学时にも利用者が食事の席のことで相談したいと職員に声をかけていて、モノが言いやすい関係をつくっていることが覗えた。苦情があがった場合は、要望の詳細・処理経過・経過記録・第三者委員への相談報告、助言、立ち合い・公表の同意について等手順を追って『苦情・要望受付ファイル』に記録され、その後の検討内容や対応策については当事者へ口頭でフィードバックし、記録ソフトに経過を記入して残している。内容によっては自宅まで訪問して説明や謝罪をおこなうこともあるが、一般的にはホームページ、年2回発行の広報紙で匿名化し公表している。苦情内容はサービス向上委員会で取り上げ、上部会議に報告、企画会議で周知、改善策を検討している。</p>		
35	<p>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。</p>	b
<p><コメント></p> <p>利用者が相談・意見を述べるための複数の方法や、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しておらず、そのため周知を図る掲示もない。相談はその内容によって利用者の部屋や1階会議室、2階支援室等を使用、随時の個別対応としている。利用者にはケース担当が決められているが、シフト業務のため担当者不在の日は他の職員で対応することもある。利用者自らが「相談しやすい職員」と決めて声をかけて相談に至っており、中には「あんた偉いだで、なんとかしてや」と気軽に主任生活相談員や補佐には話しかけて来る利用者もいる。相談内容はケース記録に記録し、職員間で共有している。</p>		
36	<p>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。</p>	b
<p><コメント></p> <p>日ごろから話しやすいように職員から声をかけており、利用者アンケート調査を年1回実施のほか、集会室にご意見箱を設置、利用者・職員間で意見交換する「ききょう会」が年4回開催されているが、相談対応マニュアルは整備されていない。利用者の相談、課題が確認されたならその場で聞き取りをおこない、栄養士・看護職員・支援員・相談員が集まって臨時でケース会議を開催するなど、迅速な対応をおこなっている。「あの人の視線が気になる」「あの人の食べ方が汚いから席を変えてほしい」など居住環境（4人部屋、狭い食堂などのハー</p>		

ド面)からのいざごは絶えずあり、男性利用者の間では手がでることもあり、確認された事象、事例には企画会議、処遇会議で検討を重ねている。		
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。	a
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメントに関する責任者を施設長と定め『事故防止・身体拘束廃止委員会』で委員長を中心に事故報告書をまとめ、原因と再発防止策を検討するとともに、『利用者のための事故防止要綱』手順やルールを明確にし、職員はこれを照らし対応している。また法人各事業所の担当者が集まる『事故防止・身体拘束廃止委員会』で他事業所の事例を共有することで未然に防ぐ手はずも学んでいる(※)も、自立者に対する支援施設であり、職員が利用者を常時見守っているわけではないため、ヒヤリハットは一枚しかでていない。事故報告書は本年度現時点で25枚あがっており、落葉・転倒が大半を占める。危険箇所等のマップは未着手だが、企画会議・処遇会議において実施状況や実効性について都度協議をおこなっている。</p> <p>※ 『事故防止・身体拘束廃止委員会』での学びから改善向上した例：①玄関スロープの注意喚起ポスターを作成②つまずき転倒が多く見られ、骨折者まで出した集会室の段差について突っ張り棒を設置③座位で傾きがある人は通常の椅子から肘掛のあるものに替えた</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
<p><コメント></p> <p>感染・食中毒防止委員会(同委員は法人全体の感染・褥瘡予防委員会のメンバーとしても連携)を設置、委員長を筆頭に随時委員会を設けて各部署に伝達・実行の指示を出している。補佐が安全衛生推進者(※1)を任命されるとともに、各部署にマニュアル(※2)を備え、感染症が発生した場合マニュアルに基づいて早期に対応できるよう配し、また想定外の感染症が発生した場合は委員会を招集し、簡易マニュアルを急ぎ作成のうえ職員に周知徹底することとしている。3ヶ月ごとに委員会を開催、感染症が発生しやすい時期になる前に年2回勉強会を兼ね委員会内で感染対応を復習するなど余念なく、過去には2名がインフルエンザに罹患した経緯があるが、早期隔離により蔓延防止できている。また今年度、感染グッズの整備のためワゴンを購入しており、各階と医務室、支援室に『感染ワゴン』として設置するとともに、手順等を利用者にもわかりやすいよう写真で示した。さらに感染症発症時の食事の対応についてマニュアルをつくり、利用者に説明する機会を設けている(個室対応、ゴミ捨ての注意点等)。今年度はマダニの発生(※3)もあり、虫よけスプレーの常備とともに「外での作業や草取りは長袖、草履はやめて長靴で」と注意喚起し、現在対応マニュアルを作成中である。</p> <p>※1 静岡県労働基準協会連合会主催の講習を受講(根拠法令労働安全衛生法第12条の2)</p> <p>※2 標準感染予防マニュアル、疥癬対応マニュアル、感染性胃腸炎対応マニュアル、インフルエンザ対応マニュアルと揃え、整備している</p> <p>※3 マダニは支援室で3匹発見、業者に連絡し消毒済。裏山の野生動物の影響と推測、洗</p>		

濯室入口から入ったものとみている。		
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している。	b
<p><コメント></p> <p>『危機管理マニュアル』として火災、地震、水害、緊急時対応、不審者対応フローチャート、緊急連絡網、土砂災害に関する避難確保計画を整備するとともに、立地条件からの災害の影響把握として土砂災害を警戒している。建物は土砂災害警戒区域に接しており、グラウンドの全域は土砂災害警戒区域内にあり、その一部は土砂災害特別警戒区域になっている。2次災害を防ぐために避難所へは向かわず、建物内で垂直避難としている。普段グラウンドの一部を駐車場として使用しているため、土砂災害が予見される場合車は停めないよう呼びかけている。BCPが策定されていないことと、駐車場に防災倉庫が設置されていることは早期に解決を期待する。利用者については名簿を常設、職員は安否確認システムに登録して有事の情報伝達を可能としており、消防署員の立ち合いを得ての総合防災訓練では消火器の取扱い訓練、非常時の持ち出し品の確認などをおこない、「訓練は大切なので繰り返しおこなう」として、他にも地震想定訓練や夜間想定火災避難訓練、宿直員と夜勤職員の連携訓練、防災教育を年1回、防災設備の点検を毎月実施している。食糧、生活用品の備蓄も整っているが、エレベーターが使用できない場合の要介護者の避難方法と避難経路が遠回りの上、坂道で悪路であることが課題であるため、今後の是正を期待する。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
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>提供する福祉サービスについて標準的な実施方法は文書化されていないが、今年度の法人の取組みとして、職員個々の考え方や知識・経験による違いが利用者の生活に支障をきたさないよう、サービスの標準化と組織活動の適正化を目標に、委員会運営体系を見直している。また事業所内でも現在職種ごとに「業務標準化シート」の作成に取り組んでいる。相談員は引継ぎ文書として業務一覧はあったため、これをもとに預り金管理、入所事務手続き、退所手続きをおこなうシートの作成を進めている。支援員は主任支援員を中心として、早番・遅番・夜勤のタイムテーブル等、業務の流れを確認しながら進めている。栄養士は手順書として作成中で、総じて来年度内には完成する予定としている。プライバシーや権利擁護に関わる姿勢などの文書はなく、また標準的な実施方法を確認する仕組みもないものの、処遇会議やケース会議を通じて福祉サービスの水準や内容に差異がないよう日常的に図っている。</p> <p>※『感染・褥瘡予防委員会（ききょう荘では褥瘡対象者がいないため、感染症・食中毒防止委員会としている）』『サービス向上委員会』『事故防止・身体拘束廃止委員会』を設置し、年に一度、『事故防止・身体拘束廃止委員会』によるラウンドがおこなわれ、環境やサービ</p>		

<p>スをチェックして指摘、改善につなげている</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>b</p>
<p><コメント></p> <p>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は組織で定められていない。業務標準化シートは職種ごとに作成中だが、『感染・褥瘡予防委員会（ききょう荘では褥瘡対象者がいないため、感染症・食中毒防止委員会としている）』『サービス向上委員会』『事故防止・身体拘束廃止委員会』を設置し、年に一度、『事故防止・身体拘束廃止委員会』によるラウンドがおこなわれ、環境やサービスをチェックして指摘、改善につなげている。個別的な福祉サービス実施計画への反映として、栄養補助食品の取り寄せなど、利用者の状態変化に合わせての見直しをおこない、新商品等よりよい物があれば取り入れている。職員や利用者からの意見も随時受入れ、集会室に手すり（ポール）設置、また業者からデモ機を借用し一定期間モニタリングをおこなったこともある。</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>a</p>
<p><コメント></p> <p>アセスメント手順は相談員の業務手順書一覧で示され（アセスメント～計画の作成～実施～評価・見直し）、責任者は相談員と定め、処遇計画書を策定している。処遇計画書は「本人の意向・希望」、「注意すべき支援内容」、「栄養管理」、「健康管理」などで構成され、アセスメントチェックは支援員（ケース担当者として1名の支援員が10名前後の利用者を受け持つ）、健康管理は看護職員、栄養管理は栄養士が記入、多職種で協力した内容をもとにケース会議を開催している。処遇計画書には利用者一人ひとりのニーズが明示され、日常的に利用者の様子を記録にとり、モニタリングとしている。また支援困難ケースは処遇会議（※1）で取り上げて必要なサービスや方法を検討し、家族・行政を交えてケース会議（※2）を開催している。本人の同意を得るために処遇計画書を提示しているが、本人が見て不快に感じる内容（対人トラブル、悪習慣等）も同一書面に記載されている為、課題分析表やアセスメント表を切り離して作成していくことを準備中である。</p> <p>※1 処遇会議：利用者の問題解決のための会議、月に一度開催</p> <p>※2 ケース会議：支援計画書見直し（半年毎）の検討会議。毎週水曜日に開催し、対象者2～3名分の見直しをおこなっている</p>		
43	<p>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。</p>	<p>a</p>
<p><コメント></p> <p>処遇計画は半年ごと開催のケース会議にて見直し、支援員・看護職員・栄養士・相談員の多職種での専門的な見地での評価がおこなわれ、同時にアセスメントも作成し直して、取組みが丁寧である。ケース会議の結果を受けて、長期目標、短期目標、処遇計画について利用者に説明、合意形成のうえ署名を得ている。職員に周知するため処遇計画書は供覧、また緊急に変更する場合は臨時のケース会議を開催し、方法や方向を検討しているケース記録内には課題を記録し、対応が必要な物事が確認されている。長期目標、短期目標、処遇計画に</p>		

対して一ヶ月ごとに評価日を設け、特記事項には受診時の医師のアドバイスも載せている。		
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
<p><コメント></p> <p>記録はすべてケア記録ソフトの様式に従って、利用者の身体状況やサービスの実施を残し、ケース記録で共有、計画にもとづくサービスの実施は支援チェック表（服薬、入浴、介護サービス実績表）などで確認しており、記録類はパソコンのネットワークシステムで共有している（※1）。職員が適切に本件に取り組めるよう記録要領が作成されることが望ましいが、ケース記録の中に適切でない表現があれば補佐や主任相談員が随時指導して是正している。また社内LANに「毎朝チェック」というファイルを設け、管理運営上の情報を電子書面上で発信するほか、毎日の朝礼の中で口頭による申し送りがおこなわれ、更に企画会議（※2）、処遇会議（※3）が月1回開催され、情報共有を積み重ねている。</p> <p>※1 処遇計画書、ケース記録、会議記録、外出予定等が情報共有できる仕組みがある</p> <p>※2 企画会議：法人経営会議からの報告、施設運営管理、労働衛生、地域関係機関に関わる行事</p> <p>※3 処遇会議：利用者処遇全般、職種間の連絡調整、施設内行事全体の協議とともに、各部署からの報告を情報共有している</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
<p><コメント></p> <p>個人情報保護規程の中で情報の提供や非適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が定められ、「廃棄はシュレッダー処理」「保存年数を明示」といったルールが浸透している。記録ソフトは職員の個人IDで管理、記録物は鍵のかかる書庫に収納され主任相談員が管理しているが、記録管理責任者は設置しておらず、研修も未実施ということも相まって、個人情報保護規定をどの程度職員が理解しているか、その度合いについて把握されていない。入所時には利用者に個人情報の取り扱いについて説明確認と同意を得ている。</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。	評価外
<p><コメント></p> <p>（評価外の項目である）</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>		

(評価外の項目である)		
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
<p><コメント></p> <p>生活の中にある作業を本人がおこなえるよう自立に配慮した支援（※1）をおこない、例えば加湿器の水替えは男性が当番制でおこなっており、任せると責任感を持って実行してもらっている。社会参加等に配慮したプログラム（※2）も利用者本人の要望に応じて実現、複数のプログラム（※3）が誕生しており、来年度からは年2回の買い物ツアー企画が始まります。一方で何も所属していない、活動が苦手という人もいるが、決まっている一日の流れの中にある自由時間（朝食清掃後～昼食）や入浴のない午後には独りで本を読んだり、ぬり絵や昼寝をしたりして過ごしている姿が見られる。何に取り組むかは本人本位としており、利用者との毎日のコミュニケーションから気持ちを汲み、心身の状況を把握して変調があれば対応している。地域生活移行支援該当者はいないが、働く場を求めて製茶工場や畑の草取りに勤しむ人はいる。また精神疾患がある場合は看護職員が精神科主治医へ随行、医師の助言を受けつつ支援しており、被虐待者においても虐待していた家族等と接触を避け（市町の権限と施設管理権を活用し、市町と施設が密接に連携したうえで保護場所の秘匿を含め慎重に対応）高齢者虐待防止法を遵守し対応している。介護保険の対象となる場合は、申請からサービスの利用まで一緒に考え、行政手続きも同行する等伴走の態勢だが、「自分でおこなう」ことも一つの支援として、自分でおこなえることを奪わないようにしている。</p> <p>※1 自立に配慮した支援：畳の部屋で布団の上げ下ろし、洗濯する、洗濯物を干す、朝の清掃、当番清掃、部屋清掃など</p> <p>※2 社会参加等に配慮したプログラム：個人的な買い物（歩いて、またはタクシー）、（以前入居していた他施設の人と）月に2回コメダ珈琲、病院受診（家族・職員同行・NPO同行支援、宗教の集会など</p> <p>※3 複数の活動メニュー：書道、カラオケ、手芸、大正琴、活け花、園芸（農場で芋の収穫）、グランドゴルフ（クラブではないが誘い合って5～6名がおこなっている。年に一度、水垂老人クラブとの交流あり、4月に荘内大会、5月には水垂地区合同グランドゴルフ大会を開催している）</p>		
A④	A-1-(1)-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	a
<p><コメント></p> <p>職員はスピーチロックの知識を踏まえ、尊厳に配慮した言葉遣いとして命令口調を封印して丁寧に会話するように心がけている。コミュニケーション方法や支援についての検討、見直しは処遇会議でおこない、緊急度に応じて臨時ケース会議（集まれる職種で集まって）で確認、協議のうえ、早期の是正が図られている。耳が遠い人には筆談や物を示しながらやりとりしている。理解力が低い、字が読めないといった場合にはゆっくりわかりやすい言葉で伝え、非言語での確認とともに、「わからなければ聞いてください」と添えている。利用者は事業所の中を自由に往来していることは訪問時にも視認しており、普段から事務所や支援室、医務室へと「話がある」と訪れ、個別相談の場合は場所を変えて話をしている。内気な性格であったり、人と話すのが苦手な人も中にはおり、職員と会話の不足している利用者には、</p>		

朝の歩け歩け運動など機会を活かし、顔を合わせたときに表情を見て「体調はどう？」とさりげなく話しかけるよう心がけている。		
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。	c
<p><コメント></p> <p>身体拘束廃止委員会でマニュアルを整備、職員に周知されているが、権利侵害の防止等のために具体的な内容・事例を収集・提示して利用者への周知はしていない。また仮に事案が発生した場合の「所轄行政への届出・報告手順の整備」「再発防止策等を検討し理解・実践する仕組み」についても不十分である。早期発見の具体的取組みとして法人『事故防止・身体拘束廃止委員会』で年に一度ラウンド（視察）がおこなわれ、スピーチロックや離床感知センサーの利用に至るまでチェックされ、改善点の指摘を受けている。身体拘束廃止委員会（3ヶ月毎）では、権利侵害の防止等について具体的に検討しており、今年度は特にスピーチロックの改善を目指して「強化月間」を掲げ、啓発ポスター（NGワードや改善策を表記）の掲示等、啓発にも努めている。強化後アンケートを実施、「自分が取組めたこと」、「発してしまったこと・反省点」「これからできること」「今後取組んでいきたいこと」などの改善策もあげ、さらに評価・見直しが進められる予定で、熱意ある取組みは職員が人権の尊重について考え、意識することに実っている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>毎朝7時からを清掃タイムとして自身の生活周辺を各々おこなっているが、できない人については職員が手伝っている。現在の建物は築40年、居室の作りは現在の基準要件を満たしておらず、ハード面においては快適とはいえないため、さらにシルバー人材センターに依頼して廊下やトイレ、更衣室などを中心に週2回プラスで実施、念を入れた清掃としている。修繕の必要な箇所については順次改善していく旨を利用者に説明しているも、予算を取りにくいものもあり年々増える傾向にあるが、利用者の意向を反映して一人掛けの椅子を新しく購入した例もある。廊下のワックスがけは年一度、エアコンのフィルター清掃は月に一度と決めている。冷房温度は夏季27度～28℃、窓の設置などが居室によって異なるため温度差がある場合は調整している。現在居室にエアコン設置はなく健康管理面で課題であったが、来年度は全室設置が予定され、利用者も心待ちにしている。冬季は全館温水暖房で温かく、加湿器はフロアごとに4台、食堂、集会室に1台設置されている。玄関ロビー、談話コーナーにソファのほか、マッサージチェアが2台設置され、食堂、集会室、談話コーナーにテ</p>		

レビを配しており、訪問時にもそれぞれが好みの場所を選んでいることが覗えた。集会室、玄関には新聞（静岡、中日、掛川郷土、毎日）も並んでいる。独りになりたい時には屋上に出る人もいて（2階のみ可能、3階は不可）、浴室前の長椅子、藤棚の下でのひなたぼっこ、CD貸出利用でラジカセを外で聴くなど、居場所を個々にもっている。

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。	b
<p><コメント></p> <p>週3回（月・水・金）の入浴機会を提供しており、個別に必要な準備や見守り、声掛け、必要に応じて介護支援（※）をおこなっている。入浴前に血圧測定・検温のうえ、入浴方法や入浴時間をその人に合わせて対応、状態によっては清拭に切り替えている。洗身が不十分なまま浴槽に浸かる人や、大きな浴槽に長く浸かる人もいるため、看護職員からの助言により湯に浸かるのは7分を目途としている。30分かけて体を洗うこだわりの人もいる。入浴開始の放送案内をし、自主的に入浴できるように誘導、脱衣室はカーテンを設けプライバシーに配慮しており、原則同性介助である。入浴を拒むようなケースの場合は清潔に配慮し、定時の入浴日に限らず曜日や時間を変えて、無理強いしないよう配慮している。心身の状況に合わせた浴槽の設備はなく一般浴室のみであるが、現状高齢化は否めなく、今後ADLが落ち、ききょう荘での入浴設備で対応できなくなった場合にはデイサービス等の介護が受けられるようにと検討を進めている。福祉用具は座面の高さが違う椅子、シャワーチェア、手すりもあり、リウマチのある人には使いやすい利き手を考慮して誘導している。浴剤使用のヒノキ風呂、お茶風呂の楽しみを用意はしているが、希望者は現在ほとんどない。</p> <p>※支援が必要な割合：洗髪1名、全身介助1名、部分洗身1名。デイサービスでの入浴支援を受けている人もいる。</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。	a
<p><コメント></p> <p>排泄はほぼ自立していますが、何らかの症状がある場合はチェック表を作成、自立のための働きかけとして時間でトイレ誘導の声掛けはおこなっている。各部屋にトイレを設置するほか、共同トイレと屋外トイレもある。排便間隔の遠い（便秘）人には、運動の声掛けをしているが、薬剤に頼る場合もある。市販薬を自己管理する人や看護職員に相談する人、月2回診療の嘱託医に相談する人、投薬の状況は人それぞれである。トイレ内の清潔は主に利用者が清掃管理し、定期的に職員がトイレ点検を兼ねながら清掃を援助している。リハビリパンツの交換や失禁などの支援方法の見直しはケース会議又は処遇会議で検討、情報共有している。</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。	a
<p><コメント></p>		

安定した自立歩行は見守り、要介護者等には杖やシルバーカーの使用を助言（※）し、自分で移動できるように支援している。車いす利用者はいないが、シルバーカーは2割ほどに増えている。毎日、階段昇降を含む「歩け歩け運動」の時間を設け、移動能力を保持できるように働きかけている。歩く時間は15分ほどで、気候が良い時期はグラウンドや敷地外を歩き、暑さ寒さを感じる時期は屋内を歩いている。日頃から室内、廊下には障害物を置かないようにしており、訪問時にも足元がすっきりして動線が確保されていることを視認している。「歩け歩け運動」でも歩行の流れを一方通行として安全に配慮していることが覗える。また移動介助が必要となった利用者が、少しでもその時要望する場所に移動できるよう、居室の位置や食堂の席には気遣っており、デイサービス等の外部への出発、到着時には見守りと必要な介護がつくように職員を配している。

※福祉用具業者に依頼、来所にて本人に合ったものを選び試用期間を経て、充分慣れてから介護保険でレンタルしている

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

<コメント>

食事は日常メニューに折々の行事メニューを盛り込み、メリハリをつけている。朝は週に2回パン食、誕生会はチラシ寿司や天ぷら、刺身、恵方巻等から選んでもらい、ハッピーバースデーのカードを添え、冬至（かぼちゃ、甘酒）、えびす講（桜ご飯、煮しめ）、おせち、ハロウィン、バレンタインデーのハートメニュー（杏仁豆腐、ハンバーグ）など、時節行事の由来をアナウンスしながら提供している。また静岡の特産やハワイのロコモコ、沖縄ソーキそばなどの「味めぐり」企画、年に1～2回、「お好み給食」という形での選択食もあり、バイキングではおかわりの種類を選ぶことができる。新聞の切り抜きを持ち寄ってリクエストする利用者の意見も聞き入れ、全体の嗜好調査（※）で要望の高い献立（たこやき、ナポリタンなど）をリクエストメニューとして提供する日もある。ただし、相性が悪い利用者との同席を避けたくても、食堂が狭いため視界に入ってしまうこともあり、ゆったり食事ができる空間の確保は困難な状況にある。

※調査内容：食事分量、味付け、温度、おやつ回数、歯磨きなど

調査結果から取入れたこと：パンの回数（統計を取っている）。おやつ提供（毎日出していたが、食品ロスにつながることもあり、週何回が妥当か確認して今年は週5回となった）。甘酒、ココアの提供や、毎週木曜日の手作りおやつにもつながっている。

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>

アセスメントや観察の様子、また本人の意向に基づき食事形態や分量を決めており、嚥下能力や栄養面を熟考した結果とろみ使用となった人、経済的に義歯が作れず刻み食を提供する人もいる。要介護者等は早出しで食事のペースに配慮のうえ、職員が配膳・下膳をして本人の負担を減らしている。他にも配膳が困難な人には職員が手伝うが、生活リハビリの観点から下膳はできるだけ自分でおこなって欲しいことを伝えている。ほとんどが自力摂取できているが、先割れスプーンや介助食器、食事用エプロンを使用する人もいる。また経口摂取を

継続するための取組みとして食事前に口腔体操を実施しており、総じて嫌がらず取組んでいる様子を訪問時に確認している（口腔体操の必要性を説いてくださっていることが伝わる様子であった）。食事量や水分量の記録は日常的にとってはいないが、食事量が減ったときなど必要に応じて記録し、介入している。食事提供、支援方法については年2回、ケース会議や業者との給食会議、処遇会議で見直しをおこなうとともに、リスクのある食事やおやつでは職員配置を厚くする等、未然に防ぐ手立ても講じており、研修は事故防止委員会が中心となって毎年実施、前はハイムリック法を学んでいる。養護老人ホームでは義務はないが、特別養護老人ホームで使用している栄養ケアマネジメントの様式(※)を使い、モニタリングをおこない、計画作成に役立てている。利用者個々に年2回のケース会議時と、年1回の嗜好調査を実施して食事についての要望を把握している。

※ 栄養ケアマネジメントの様式には身長・体重・血液検査の結果・アルブミン・褥瘡予防・栄養目標量等が記載されるほか、現場の支援員がわかりやすいように目的・実施期間・評価日・方法を定めており、簡易とはいえども確かな根拠となっている（記録はケース記録にも落とし込んでいます）

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

<コメント>

年に一度、看護職員、栄養士による健康教室で口腔ケアの重要性について伝え、毎食前に口腔体操をおこなってはいるが、口腔機能の保持・改善については職員は積極的に介入しておらず、歯科医や歯科衛生士の定期的チェックもない。現在は治療が必要な人のみが通院しているが、来年度は検診を含み予防に重点を置きたいと考えている為、歯科医と協議中である。職員は全員ではないが内外の口腔ケア研修を受講、受講者が内部に学んだ内容を伝達している。利用者は自主的に歯磨きをおこなっており、職員が食後や就寝前に口腔チェックをおこなうことはないが、義歯については随時状態を確認している（自歯の人は少ない）。

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。	非該当
-----	-----------------------------	-----

<コメント>

（利用者の心身の状況により、褥瘡発生予防・ケアをおこなっていない）

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>

（喀痰吸引・経管栄養の実施はない）

A-3-(5) 機能訓練、介護予防

A15	A-3-(5)-① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	b
-----	---	---

<コメント>

計画的な訓練、評価・見直しの実施はないが、介護予防の取組みとしては毎朝の体操、「歩け歩け運動」、棒体操（ひねる、前屈）などとともに掃除や洗濯たたみなど日常のことはなるべく自身でとの生活リハビリがあり、生きがいデイサービスの利用や機能訓練型デイサービスを利用する人もいます。利用者の状況に応じて地域包括支援センター職員や介護支援専門員と

も検討することもあるほか、生きがいデイサービス、機能訓練型デイサービスなどの利用では専門職の助言や指示を受けている。事業所内に理学療法士や作業療法士はいないが、ボランティアや支援員が介護予防のための体操やソーラン節、オリンピック音頭に合わせた運動を選定のうえ取り入れており、その他にも四文字熟語・計算・間違い探しの脳トレを用意して希望者に渡している。「取組んでほしいな」という気持ちから、医務室の前にクイズを貼り出して働きかけたこともある。今までできていたことができなくなったり、同じことを繰り返したり、普段と違う行動変化に気づいた支援員が看護職員に相談、ケース会議につなぎ多職種連携での経過観察となった例もあり、まだ重度のケースはないが認知症の進行が著しいとなれば専門医受診としている。

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

<コメント>

利用者一人ひとりのアセスメントは多職種連携の伴うケース会議でおこない、総じて受容的な関わりをもち、特に相談員は傾聴を心がけて対応している。BPSDなど行動・心理状態に起伏のある人や症状の現れには、観察の上必要に応じて受診を促し、支援員が中心となって生活環境を整える支援をおこなうとともに、困った言動への対応方法を職員間で共有している。認知症の医療・ケアについては、委員会主催の自主研修に参加しているが、義務付けはないため受講者が持ち帰る資料を参考にする程度で共有する機会はない。認知症となっても安心して暮らせるよう、それまで参加していたクラブ活動や行事が継続するようとの工夫もある。認知症があり精神科に通院している人は2名、統合失調症等で精神科に通院している人9名ともに病院受診は看護職員が付き添い、医師からの医療情報はケース会議又は処遇会議にあげている。

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>

個々の既往歴、持病を把握、血圧計測などの日々の確認（※）もおこなってはいても急に具合が悪くなる場合もあり、その時は嘱託医、家族と連絡を取り、状況に応じて他の医療機関に受診している。急変時の対応手順は『危機管理マニュアル』に記載され、緊急時対応チャートも備えている。また嘔吐、てんかん、頭部を打った時の対応方法は、すぐに確認できるよう各部署に掲示されている。週に一度全員の体温と血圧を測定し、入浴前にも必ず血圧測定しており、浴室前には自由に測れる自動血圧計を設置していることから、本人が記録をつけて自己管理している人もいる。職員に対して高齢者の健康管理や薬の効果等に関する研修をおこなえてはいないが、支援員を中心に普段から本人の言動や食事量、食欲の変化に注視しており、振せん、顔色、ろれつがまわらない等の症状が確認されたときはすぐに看護職員に報告しており、大事に至ったことはない。体調変化が予見される場合においては、看護職員より申し送りを受けて、指示に従って対応している。薬を自身で管理できる人は15名ほどで、できない人は看護職員が管理と服薬確認をおこなっている。『誤薬防止マニュアル』を備え、配薬した人が名前を書くことで誤薬防止が叶っている。ただし、渡しても隠してしまう人や落薬もあるため、今後も検討が必要な課題としている。

※ 定期検診 9月 聴打診・血圧測定・尿検査・血液検査・身長・体重/3月 聴打診・血圧測定・尿検査・血液検査・心電図・胸部レントゲン・身長・体重 インフルエンザ予防接種 10月・11月 利用者・職員に両者双方に実施		
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。	非該当
<コメント> (終末期の対応はしていない：『積極的な蘇生処置の希望確認書』における意向確認のみ)		

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> サービスの説明は入所時におこなっているが、それ以外に家族の要望を聴く機会は設けておらず、また定期的な相談の機会もなく、現状は面会を情報交換の機会としている。ケース会議の内容によっては家族や保証人に連絡を取り、面会時に話合うこともある。夏祭り（事業所行事）に家族を招いてはいる（前回の出席は8家族）が、現在は特段つながりをもてる工夫はない。来年度から半年に一度の処遇計画見直しの際、家族からも希望や要望を聞き面談記録も残す予定でいる。また、中には家族との連絡がつきにくい人もおり、面会時や病院受診の待ち時間の会話から家庭事情を把握し、連絡先の優先順位に沿って連絡が取りあえるようにしている。		

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> (評価外の項目である)		