

## 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：特別養護老人ホームおおすか苑	種別：介護老人福祉施設	
代表者氏名：施設長 大場博行	定員（利用人数）：80名	
所在地：静岡県掛川市大淵4895番地		
TEL：0537-48-5365	ホームページ：www.oosukaen.or.jp/	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成4年6月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 大須賀苑		
職員数	常勤職員：40名	非常勤職員：10名
専門職員	（看護師）6名	（生活相談員）2名
	（管理栄養士）2名	（介護職員）34名
	（介護支援専門員）1名	
施設・設備 の概要	（居室数）従来型個室 2室 多床室（4人室）12室 ユニット型個室 30室	（設備等）食堂 3室 浴室 3室（リフト浴・特殊浴槽） リビング食堂 3室 個浴室 3室（リフト浴可）
	医務室 1室	

### ② 理念・基本方針

理念：

当法人は、利用者一人一人がその人らしく 自立した生活を営むことができるように支えることを目指す

基本方針：

- ・利用者やその家族を顧客とする基本的な考えのもと、利用者の尊厳を守りつつ自立に向けた支援をはかる。
- ・地域福祉に貢献するという高い使命感のもと、老人福祉事業と児童福祉事業の一翼を担う。
- ・職員の生活を保障するという基本的な考えのもと、社会福祉法人として持続発展させる。

### ④ 施設・事業所の特徴的な取組

- ・集団的・流れ作業的なケアをしないよう、利用者のその人となりを深く理解した上で

- ケアを提供する取り組み。(介護職員による担当制、ケアプランの素案作成)
- ・経管栄養等の医療的ケアを必要とする方の受入れ及び日常生活を継続するための取り組み。(喀痰吸引等事業者登録、実地研修の実施、介護職員の資格取得)
  - ・地域貢献をする取り組み。(地域の高齢者サロン活動開催時(月に1回)、送迎に運転職員の派遣及び車両提供)

### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和2年7月1日(契約日) ~ 令和3年3月31日(評価結果確定日)
受審回数(前回の受審時期)	1回(平成18年度)

### ⑥総評

#### ◇特に評価の高い点

1. 長い歴史の積み重ねを以て、各種機器をはじめとするハード面が充実しており、利用者だけでなく、職員の負担軽減にもなっています

フロアには手すりが設置され、動線上に移動の障害になる物はありません。利用者が操作しやすいものを選べるように、車いすはスタンダードタイプ以外に「座面の高さが調整できる」といった機能が付加されたものも複数種類揃えています。「福祉用具は安全第一」に選定しており、他にも歩行補助車はハンドルの高さが調整できるものとし、靴は介護用のシューズを利用者も使っています。入浴では、一般浴槽・台座式リフト・個浴槽・個浴槽リフト・またぎ不要の個浴(側面が上下する)・寝浴装置(臥床姿勢で入浴できる機械)が備わり、心身状態に臨機な対応が叶っています。トイレには便座周りに手すりを付けて安全な使用となるよう配しています。ユニット型には跳ね上げタイプのフロント手すりも装着され、前方に身体を預けることができ、楽な姿勢で排せつできます(ぬくもりある木製オリジナル、特注)。

2. 管理栄養士を中心に「おいしく食べる」ことを持続させるとともに、食の楽しみを拡げる企画も推進しています

朝食の主食はパンとご飯どちらかを選べます。管理栄養士を中心に嗜好調査(言葉で確認できない利用者には担当から「あれは残す」「最近は何」を観察所見がだされる)を年1回おこない、食事の好みや口腔・嚥下の状態をアセスメントで把握のうえ、刻みの大きさなどの検討を経て食事提供しています。さらに給食会議が月に1回開催され、食事提供に係る見直しと課題把握及び行事・イベント食の評価がおこなわれています。屋台で茹でたてを提供するラーメン企画、卓上で調理してとりわける鍋企画、うな井やまぐろ井などがメニュー選択できる誕生日御前と、食の楽しみを拡げる取り組みもあります。

#### ◇改善を求められる点

1. 課題解決として導入してきた制度を見直すことで、職員の成長に実ることを期待します  
「(幹部協議が月次であるため)職員会議は年3回」「委員会活動のメンバー構成は幹部職員が主」「目標達成の手段を研修としているため個別研修計画と名付けた個人目標」「介護の手引き

はあるが、専門職の手引きはない」など、主には職員不足や職員フォローから生じたと思われる取組みは、スタートした時からいずれかの時点までは現状のマイナス面を補完するものとして最適だったかも知れませんが、長年の積み重ねから標準のレベルに達していない職員を生んでいる（と思われる）ことは課題です。「職責がスキルと一致しているか」という点も気がかりで、長期的には年齢や在籍年数での評価とともに能力も含んだ適正評価につながることを期待します。

2. 福祉サービスにおけるプロ意識について、全職員で向き合う機会がある事を期待します  
現在「新型コロナウイルス感染症発生時対応事業継続計画」を立案中で体制としては整えていますが、職員の態勢はコロナ禍において「非日常の日々を受け身に廻っていなかったか」「現状に即したサービス品質を担保しようと一人ひとりが動いていたか」等、アンケートや集いなどで一度考察することを期待します。「福祉は熱い心と冷たい頭脳で」と表現する人もいて、バランスが大事と思う反面、自己評価において「清掃、衛生面の手厚さ」「会えなくなった本人、家族へのケア」が見えにくく熱い気持ちが伝わらなかったことや、外部研修主体からの伝達講習ができないままで内部研修に切り替えたということはなく、リモート研修を一部実施のみなことなどに向き合い、プロ意識を省みることによって環境変化に臨機な文化・土壌が作られてゆく初めの1歩となることを期待します。

3. 「認知症」「機能訓練」「口腔ケア」における取組みを見直すことで長期的な在所率が上がることを期待します

今回の第三者評価を通じて、機能訓練と認知症への意識と対策が弱いことが確認されています。在所率については「入院させない」という視点での取組みはありますが、長期的な在所率も含み、「認知症の症状に合わせた個人のレクリエーションまたは職員による研究活動」「外部の理学療法士や作業療法士から指導を受ける機会をつくる」「口腔ケアを指導くださる歯科衛生士からもっと学べることはないのか」「入れ歯は数年で修理・交換する必要がある（=費用がかかる）ことを家族に理解してもらえようながしかの取組みは」…といったことが業務の中にごく普通に組み込まれることを数年後に見据えた、段階的なチャレンジがあることを期待します。

#### ⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

平成4年度に開設し、設立30年を迎えようとしています。平成12年度に介護保険制度がスタートし、私どもに求められる役割が変化していく契機となりました。措置制度から契約制度へ、自分らしい生き方をおくられるよう支援する「自立支援」の考え方が浸透してきました。おおすか苑においても、「利用者一人一人がその人らしく自立した生活を営むことができるように支えることを目指す」という法人理念のもと、個別ケアの推進、サービスの質の向上、地域に開かれた施設であるべきと認識しています。

今回、第三者評価を受審したことで、総評に提示していただいた事項以外にも当施設の課題と今後の行動指針を明確にさせていただきました。

まずスタッフ間で課題を共有し、課題解決のため制度を実効性のあるかたちで運用できるよう行動を改め、プロ意識について全職員で向き合う機会をつくることに取り組むたいと考えます。その取り組みの中で、おおすか苑が「個別ケアができる」「サービスの質の向上が常に図られている」「地域との交流や共同がある」施設であるために、諸

課題の解決に努めて参ります。

おおすか苑が、これからやらねばならない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。	a・⑥・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理念、事業計画は法人ホームページにあります。が、「理念・経営方針」の表記の中で「法人の基本理念」「法人の経営理念」とくっついていて、捉えにくいことは課題です。また当法人ホームページの中にある「社会福祉法人大須賀苑」をクリックすると法人のホームページに移動はできますが、一般の人が検索したとき情報が掴みにくいため今後の工夫を期待します。高齢者福祉事業とともに児童福祉事業を運営する法人では「子どもであっても、高齢者であっても、誰もが安心して暮らせる地域社会を目指して」との姿勢を持ち、「地域の期待に応えたい」との想いで活動しており、理念はその使命を体現するものとして活動の基盤となっています。理念をわかりやすく説明した資料の備えはなく、利用者・家族・職員の周知活動は不十分です。</p>		

##### Ⅰ-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	Ⅰ-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a・⑥・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>社会福祉事業全体や地域の各種福祉計画の動向並びに分析内容は、会員となっている全国社会福祉協議会・全国老人福祉施設協議会や管轄行政の掛川市から届いたものを確認していますが、事業内では分析はおこなっていません。外部からのデータや意見を踏まえ「利用者減少に向きあい稼働率をあげる（＝サービスの質の向上）」「新型コロナウイルス感染への施設対応の徹底」との経営課題を挙げ、利用者数・稼働率・予算達成率等をまとめた月次報告書と上半期決算の資金収支計算書を検証することは職員会議に持ち込んでいますが、具体的な協議には及んでいません。現状把握についてはこまめな取組みがあり、月次の利用状況は従来型・ユニット型それぞれの担当係長が毎月集計、稼働率を含む利用実績及び収入状況等月</p>		

次報告書としてファイリングされています。		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a・⑥・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>経営状況の把握・分析は、組織として確立されず法人本部がおこなっています。体制としては、事業所の事務局長が出席する月例報告及び実績検討の場が設けられていますが、機能としては不十分な状況にあります。数値的な経営状況や現状課題における役員との共有は、隔月開催の理事会が担っています。規程の変更等理事会で決定したことは担当部長から係長へ下ろす仕組みのため、職員周知は概ね2ヶ月に1回と、やや間があります。それを補完することも兼ね、主任との面談実施を月1回としているものの、部署によっては定期遂行とならず、ねらいが達成できていません。実施するサービスの内容、組織体制の整備や人材育成、財務状況の現状を整理したうえで課題を明確にしていることは書面視認しましたが、具体的な取組計画には至っていません。</p>		

### I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a・b・③
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画及び中・長期の収支計画のどちらも策定していませんが、例えば「介護サービスの質の確保」においては褥瘡管理、入院・退所者数の増加への是正措置が必要である等、事業継続に不可欠な事柄についての目標は定まっています。</p> <p>現在は中・長期計画はありませんが、令和3年度の法人経営方針（事業計画）には「中長期計画における事業の検討と推進を計画～」と挙げるとともに、新たに課長2名を置くなど組織体制を改め取組みを強化、中長期計画の立案推進への準備を整えています。</p>		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a・b・③
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>単年度の計画は策定されていますが、中・長期計画がないことから長期的な取組みの内容を反映したものではありません。計画は、「目標」「目標達成のための具体的な取組」「会議・研修」「入居者の健康管理」「防災活動」「優先入所」「地域との関わり」との項目で立案し、「やった」「やらない」が明確に評価できるよう数値的な要素を取り入れることを心掛けており、単なる行事の羅列とはしていません。収入予算を目標稼働率に基づき立てるとともに毎月予算達成率を算出するほか、「医療機関への入院者数の抑制」を目標に掲げ、その達成のため「基本的な介護手技の統一を徹底実践」、現在は肺炎による入院を減らそうということで口腔ケアに焦点を当てて活動しています。</p>		

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画の作成にあたっては係長が主体となり、作成過程で主任の意見を反映させてはいるものの、一般職員の参画は叶っていません。例えば「個を尊重したケアの実践」において24時間シートの取組みがあるユニットではその進捗状況は結果としてユニット会議で確認できていますが、職員会議（職員全員参加）は「事業計画の進捗状況を確認する」ことを目的に位置付けた仕組みとはなっておらず、またそのような体制のため「事業計画を全員で推進するという意識づけを醸成できていない」ことも課題の一つです。取組の評価については、「面接制度」「月例報告」「職員会議」でとの態勢はありますが、やはり「評価する」ことが目的でなく、また手順や評価項目も決まっていないため、大半の内容が評価の形に至っていません。評価結果となる記録はなく、見直しは係長単独でおこなわれています。</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・d・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は、家族が来所した折に自由に閲覧できるように玄関に備え付けてありますが、運営総会や家族会は運用されていないため、利用者・家族に向けて事業計画を説明する機会はありません。また、これまで事業計画を「利用者にかわりやすく説明しよう」「利用者（家族）の参加並びに促進」との視点が薄かったため、作成時に考慮したことはなく、工夫した実績はありません。</p> <p>事業計画については「閲覧ファイルの作成とホームページへの公開することでよい」と捉えていたため、今回の受審にて態勢を変え「介護サービス提供の基本方針や行事、防災計画などを重点とする説明をおこないたい」として、今後は説明の場をどのように設定するかを検討の予定です。</p>		

#### I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a・d・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>大局における福祉サービスの質については、事業継続に必要な「事業管理」「職員管理」「リスクマネジメント」「財務管理」等各分野を細目に定義しており、フロアに係長、ユニットに主任を配置して組織体制を整えています。ただし、事業計画の中に組み込まれていることから、I-3-(1)-②、I-3-(2)-①の項目と同じく、「PDCAサイクルに基づく取組みか」とは言い難いものがあり、福祉サービスの質の向上に適切に取組むために「定められた評価項目と評価基準」の備えは課題です。一方小局では、利用者のアセスメント→介護計画→実践・記録→カンファレンス→モニタリング評価→サービス担当者会議…とのサイクルを機能させ、個別における向上への仕組みは十分です。第三者評価の受審は2回目ですが、自己評価シートを毎年作成することは実践されていません。</p>		

9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a・b・㊸
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの質の向上に適切に取り組むための「定められた評価項目と評価基準」はなく、自己評価に取り組んではいません。その為、評価結果を分析・検討する場もなく、結果やそれに基づく課題の文書化が成されてはいません。半期ごとの事業報告では、プランに基づく「できた・できない」の振り返り・チェックと、「できなかったらどうするか」のアクションを含んだの見直しには取り組めてはいます。</p> <p>ユニット会議（月1回）・施設会議（月1回）でサービスの質の視点の伴う月次での報告と話し合いは叶っていますが、職員全員が参加する職員会議は年3回開催であることから、職員は事業所の課題を受けとめるに留まっています。</p>		

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

### Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a・㊸・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人代表者からは年度の経営方針が示され、職員会議を通じて管理者から職員に内容説明をおこなっています。事業所の事業計画にある「業務計画」の中で、事業所単位の組織図と職位・職種の業務分掌を文書化しており、管理者の役割と責任が明記されていますが、組織内の広報誌などの書面発信及び会議・研修内における口頭による表明共にありません。管理者は災害時の「自主防衛組織図」自主防衛隊隊長を担い、「事故発生時の対応マニュアル」の連絡フローでは係長が報連相の要となっていることが確認できますが、入院や事故、被災等で管理者が不在となった場合に誰がその役割と責任を受け継ぐのか、改めて協議の上、何らかの文書に明記及び所内周知を図ることを期待します。</p>		
11	Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a・㊸・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人として、関係省庁からの通知等情報の収集に努めており、リスクマネジメントや財務などの業務管理において、管理者は内部の規程や規則をファイル化のうえ、いつでも取り出せるよう整理しています。</p> <p>取引事業者との関係は経理規程・事務細則に基づいた手続きを遵守し、工事・委託・売上の契約を結び予算執行する点についても、出納担当の辞令が発表された統括会計責任者、会計責任者が主となり、不正防止の策も敷かれています。老人福祉施設協議会（全国及び静岡県）の会員に提供される管理者研修や施設長連絡会にて遵守すべき学びの場を確保し、例えば「敷地内を全面禁煙としたことは健康増進法にもとづく措置である」ことを職員に周知しています。有給休暇義務化など新たに加わった制度や基準は、書面回覧で職員に周知していますが、遵守するための具体的な取組みはありません。</p>		

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a・㊦・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員会議は年3回と頻度は高くないものの、「身体拘束廃止対策委員会」「医療的ケア安全対策委員会」「褥瘡対策委員会」並びに施設会議は毎月開催、係長・主任などメンバーを定めて福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築しています。事業継続の要として管理者は欠かさず出席のうえ、担当者からの状況報告を受けているため定期・継続的な取組みとなっはいるものの、前回の課題解決の達成度を確認して進捗度合によって助言するといった評価・分析があったり、なかったりで、定則的ではありません。また組織が推進する福祉サービスの質の向上が円滑に進むよう、職員教育については個別研修計画の作成を職員が取組み、直属の上司が面談でフォローする仕組みを敷いていますが、一方で意見を反映する機会が十分とはいえない状況にあります。</p>		
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a・㊦・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は「人事・労務・財務の課題は整理されているが、分析はしていない」ものの、委員会活動を通じて課題解決を図っています。また月例報告を通じて実績を確認、課題と対策・検討をおこなっていますが現状はメモ書きのため、ノートに昇格させて経過記録が残ることを期待します。</p> <p>施設福祉会議（身体拘束廃止対策委員会等の委員会会議の総称）は経営の改善や業務の実効性を高めるために自ら主宰し、協議事項は職員に報告・説明させることで具体的な改善策を推進しており、時には「こうしなさい」的に結論づけ方向を示してもいます。係長・生活相談員・介護支援専門員・管理栄養士をメンバーとする朝礼を日々主導することで、すぐ改善すべきことの指示だしも叶っています。</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・b・㊦
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考えは、理念「利用者一人一人がその人らしく自立した生活を営むことができるように支えることを目指す」と一致していると受けとめられますが、組織として人材の確保と育成に関する方針は確立していません。専門職の配置など指定管理に係る事柄の遵守と、離職者の補充に追われている現状にあり、人員体制への計画の作成はないものの、今回の受審を機に役職者間での協議を始めたいとしています。研修担当を定め、中途であっても新任職員研修を実施していますが、現任者の研修についてキャリアパスの規程に基づく研修体系が構築されていないことは課題です。また毎年高校新卒採用に向けて法人として地域の高校に求人票を出していますが、応募がない年もあるため定期</p>		

採用とはなっていません。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・⑤・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>給与規程に「職員の職位・職責による等級表」があり、職責・求められる能力・職務内容を記載するとともに、「昇格基準表」にて任用要件を示していますが、理念に基づいているかの確認はとれづらく、また「期待する職員像」についても言葉による記載がないため、受け手によって解釈が異なることもあり得る状況です。人事基準は就業規則、給与規程に定められ、試用期間終了後に本人に手渡すとともに、建物内3箇所に備え付けています。専門性や職務遂行能力、貢献度に基づき評価する仕組みには及んでいませんが、等級ごとの職責・求められる能力・昇格に必要な条件・決定方法を取り決めた「基準表」があります。職員の意向を把握するための面接制度（月1回、30分程）が敷かれているも定期実施に至らず、人事面の検討・改善につなげることは道半ばであり、職員が将来の姿を描くことができる総合的な仕組みづくりへの取組みに及んでいません。</p>		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	a・⑤・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>シフト作成・時間外勤務命令簿・休暇申請の受理は、主任・係長の担当責任として、日々の労務管理にあたっています。年次有給休暇の申請受付は主任・係長として係長が毎月取得状況表をまとめ、時間外勤務は命令簿・報告書での書面管理を通じて毎月係長が集計しており、特に時間外勤務の適正管理については、勤務命令は監督職（係長・主任）、経営職（部長・課長）が残業手当の支払い命令と、役割と責任を明確に定めています。安全衛生では法に定められた定期健康診断・腰痛チェック・メンタルチェックを実施するほか、任意労災保険加入による上乗せ補償に加え、24時間電話健康相談（※1）とメンタルケアカウンセリングサービス（※2）の利用も可能としています。総合的な福利厚生を形成していますが、本件についての使用頻度の記録からの検証や職員の聞き取りやアンケートの実施はありません。人材の確保・定着を意識した組織の魅力づくりへの取組みは総じて弱いものの、「厚生休暇、連続5日を上限に有給で付与する」との制度については100%消化を遵守しています。</p> <p>※1：24時間365日年中無休（フリーダイヤル＝通話料無料）で健康相談を受けることができる</p> <p>※2：通話料無料で毎日9：00～23：00年中無休（損害保険会社の委託会社が運営）</p> <p>※3：社会保険（事業主負担分）・確定拠出年金・慶弔見舞金・表彰・休暇（年次有給休暇 採用時10日付与、厚生休暇、誕生日休暇）・退職金制度加入・社会福祉施設従事者相互保険制度加入（死亡弔慰金250万円）・業務災害総合保険加入（労災保険上乗せ分として）・メンタルケアカウンセリングサービス加入・職員互助会・小笠掛川勤労者福祉サービスセンター加入</p>		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a・⑤・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「期待する職員像」としては整備されてはいませんが、就業規則に「サービスの原則」「サービスの心</p>		

得」「禁止行為」を規定しており、「職員としてここだけは守ってほしい」ことは明確になっています。職員一人ひとりの目標管理としては、年2回の個別面談の中で話し合う個別研修計画立案への取組みがあります。「個別研修」と名称上の設定範囲は狭義（※）なものの目標設定をおこない、目標期限・目標項目・目標水準は明確です。

本件の個別面談は、年度初めに前年度の振り返りとともに当年度の個別研修計画の立案をおこなう1回のみで進捗度合を話し合う場は用意されていません（月1回の面接のねらいは多様で本件が主でないこと、また面接そのものも部署によっては滞っているため機能していません）。

※ 目標を達成するための手段を研修としているため、「個別研修計画」と名付けられている

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・⑩・c
----	---	-------

<コメント>

職員の教育・研修に関する基本方針はなく、「期待する職員像」の明示はありません。組織として職員に求める専門技術や専門資格を示してはいませんが研修計画は作成されており、身体拘束廃止未実施減算に係る研修をはじめとする運営基準として事業所が必要なメニューは必ず盛り込み、感染症対策や事故対策、看取り介護に係る研修を内部で実施しています。職員一人ひとりが「個別研修計画」に立案したものは、主には外部研修へ派遣した後、戻ったらユニット内で伝達講習をおこなうという流れをつくっていましたが、令和2年度はコロナ禍の影響で一部リモート研修が叶ったものの、ほとんどが中止となっています。計画の評価、研修内容やカリキュラムの見直しについては、「個別研修計画」の紙面上にて個人としての自己評価、上司の「研修課題」に対する評価への取組みはあります。

19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a・⑩・c
----	-------------------------------------	-------

<コメント>

職員個々の知識・技術の水準の把握は不十分ですが、専門資格の取得状況については研修担当者が手続きの必要なものは支援するなどして、事業所として取得を推進しています。新任職員には業務の習熟を確認するチェックリストを通じて6ヶ月間OJTが実施されていますが、現任職員に類似のものはありません。テーマ別内部研修は委員会活動と連動している感染症・事故対策などは継続され、階層別研修としても中間管理職対象の「事業継続に必要なマネジメント」の内部研修を本年実施していますが、職員の職務や必要とする知識・技術に応じた階層別・職種別・テーマ別を体系立てて計画はしていないため、評価基準で求めるところの水準に至ってはいません。外部研修については役職者と専門職に回覧し、一般職は内部研修のみです。外部研修には事業所としての有益性優先で勧奨しており、純粋な個人希望にはシフト調整など応援はするも、費用と休暇は個人持ちとしています。

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>

地域の高校には福祉コースがないため実習生のニーズはありませんが、毎年指定で求人票を出している3校からは一昨年まではインターンシップ職業体験があったほか、圏域に介護福祉士の養成校があった頃は、実習生の受入れが入社希望に実った例もあります。ニーズが薄

いことも相まって、実習生をはじめとする福祉サービスに係る専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化しておらず、マニュアル整備・プログラム・指導者に対する研修実績もありません。

類似のものとして喀痰吸引等実地研修施設として喀痰吸引等事業者登録と指導看護師（介護職員等による痰の吸引等の実施のための研修事業指導者講習修了者）の配置を整えています。

### II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a・㊦・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページは法人の中に事業所のページがあり、また事業所のページから法人に移動することができるものですが、理念・事業計画・事業報告・決算情報は法人のページにあるため、少し判りにくい掲載となっています。直近の第三者評価の受審はなく、また地域の福祉向上のための取組みについても公開はされていません。相談・苦情における透明性については、法人のホームページにて通所介護事業所等他の事業所とともに公開され、確保されています。理念やビジョンについて、社会・地域に対して明示及び説明をおこなう機会を設けることや、存在意義を明確にする取組実績はありません。法人の広報誌は回覧板に挟み込む形態で、年1回掛川市南部大須賀地域に全戸配付（およそ4千世帯）しています。</p>		
22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a・㊦・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>取引等のルール、職務分掌と権限・責任を明記した経理規程があり、会計統括者、会計責任者、出納担当には辞令が交付され、「予算計上のある物の発注の金額10万円未満は会計責任者まで、以上の場合は統括会計責任者の決済が要る」といったことを職員は理解しています。法人内部監査は年に2回、法人の監事が監査員として訪れ、事業運営に係るほぼ全ての書面の検証がおこなわれていますが、福祉サービス第三者評価でいうところの外部の専門家による監査支援（会計監査又は公認会計士、監査法人、税理士若しくは税理士法人が実施する財務管理、経営管理、組織運営・事業等に関する指導・助言）には当たりません。</p>		

### II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a・㊦・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画の経営理念において「地域社会に対する使命」として基本的な考えを明示しています。活用できる社会資源や地域情報の収集を積極的におこなってはいるが、掲示板などで利用者へ提供する仕組みはありません。利用者の地域活動への参加は不十分なものの、買い物など個々の利用者のニーズに応じた社会資源の利用例はあり、隣接の保育園から園児訪問が年</p>		

<p>数回ほどあり、利用者も楽しい時間も過ごせています。</p> <p>以前にはフラワーアレンジメント・書道・楽器演奏から歌唱をリードしてくださる地域ボランティアの来訪がありましたが、今年度は新型コロナウイルス感染症のため途絶えています。社会福祉施設防災の日に係る防火訓練には地域住民の参加があり、その時は貴重な機会と捉えて事業所概況を説明し、避難誘導の移動介助や救護所設営に力を貸してもらっています。</p>		
24	<p>Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。</p>	<p>a・b・c</p>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティアの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の基本姿勢や考え方を文書化してらず、学校教育への協力もおこなっていません。</p> <p>地域ボランティアの受入れ実績はあります。受入れに係る「登録手続き」「ボランティアの配置」「事前説明」など、安全に運営するために必要な事柄をマニュアルとして整備できていませんが、ボランティア受付名簿は備わっています。以上のような状況から、来所のボランティアに開始前の注意事項などを説明するオリエンテーションもなく、これまでの実施は非常にリスクを伴うものといえ、改善が必要です。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
25	<p>Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。</p>	<p>a・b・c</p>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる関係機関や団体について洗い出し、リストや資料としてまとめるといった取組みはありませんが、掛川市社会福祉協議会が中心となり組織化された「掛川市社会福祉法人等社会貢献研究会」への参加は叶っています。研究会活動の中で社会貢献資源調べがおこなわれ、「法人からのメッセージ」「地域に提供できる資源」「これまで取り組んでいる社会貢献活動」をとりまとめた内容は、地区社協（掛川市内の各自治会単位で構成する福祉協議会）の代表者が集まる場で配付しています。また地区社協（名称：大淵福祉委員会）の顧問就任から、地区懇談会に出席するといった例も以前にはあります。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
26	<p>Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。</p>	<p>a・b・c</p>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>近くに立地する法人内の認知症対応型共同生活介護事業所と小規模多機能事業所では、2ヶ月に1度地域住民も交えて運営推進会議が開催されていますが、当事業所内では地域の福祉ニーズや生活課題を把握する仕組みはありません。掛川市南部大須賀地域にある2つの地区社協へ委員として加わることで、先方の要請から地域のイベントに職員を派遣することはあります。大須賀第二地区福祉協議会主催の「ふくしまつり」、大淵地区まちづくり協議会主催の「フェスタおおぶち」には介護相談コーナーと体験コーナー（車いすとリフト付きワゴン車を提供）を設けての協働・連携の実績はありますが、相談件数には結ばれず、工夫の余地があります。</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>	<p>a・b・c</p>

<コメント>

地域の団体からの要請を受け、運営事業に車輛を貸し出すとともに、参加する高齢者の送迎ドライバーとして職員を派遣、イベント会場では福祉相談コーナーを設けるといった事は実施しており、事業所から積極的な働きかけはおこなわなくとも先方からの投げかけにはできる限り協力、支援しています。管理栄養士が「ふくしまつり」において介護食数種類とパンフレットを用意して相談できる準備をするとともに、ヘリウムガスで膨らませた風船を用意して幅広い年齢層の関心をよぼうと企画したこともあります。

社会福祉分野が大半で、コミュニティの活性化やまちづくりなど多様な団体や機関との関係づくりは十分ではありません。

「有事には少しでも地域の役に立てれば～」との考えを以て、県共同募金会災害ボランティア活動用資機材助成整備事業に申請し、敷地内に災害ボランティア活動用資機材倉庫を設置するなど、できることから始めています。

### 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。	a・⑤・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」を策定するほか、「身体拘束適正化のための指針」を備えています。「利用者一人一人がその人らしく自立した生活を営むことができるように支えることを目指す」を理念に掲げ、利用者を尊重する姿勢を明示しており、職員がそれを理解し実践する取組みとして「身体拘束廃止対策委員会の開催がある」としてはいますが、委員会活動は一部の職員で運営されているため、職員への浸透度について確かなるものが必要です。それでもユニット内の報連相も機能しており、「良肢位の確保が難しい利用者にクッションをアレコレ変えての試行錯誤」等取組み事例はあり、現場では過不足なく実践ができています。また毎月開催の「身体拘束廃止対策委員会」では、予め定められた5つの検討項目（※）を協議事項として、現状把握と向上ポイントの探索がおこなわれています。今後は日常的ケアが見直された場合には「介護の手引き（標準的な実施方法）」が書き換わるような仕組みがあることを期待します。</p> <p>※ ア. 規程等の見直し イ. 発生した「身体拘束」の検証 ウ. 虐待または身体拘束等の兆候の有無 エ. 教育研修の企画・実施 オ. 日常的ケアを見直し、人として尊厳のあるケアがおこなわれているか</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。	a・⑤・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入浴・排泄時などの生活場面におけるプライバシー保護については「介護の手引き」に記載され、標準的な実施方法として職員に周知されていますが、「社会福祉事業に携わる者として</p>		

の姿勢・責務に及んだ書面はなく、年間研修にも組み込まれていません。利用者のプライバシーを確保するための設備として、ユニット型施設では個室としてプライベートな空間が備わっており、従来型施設ではカーテンで仕切ってプライバシーを保護しています。また、ユニット型では面会の家族が寛げるようにとソファを居室に持ち込んでいる利用者もいます。従来型では、食堂から離れたスペースにテーブルと腰掛を用意することでプライベート空間を確保できるよう配慮しています。

利用者や家族にプライバシー保護と権利擁護に関する取組みを周知していませんが、契約時には個人情報保護に係る書面で意向確認をおこなっています。

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・⑤・c
----	---	-------

<コメント>

理念や実施するサービスの内容、事業所の特性を紹介するための資料は整えていないため、市役所や公民館などの公共施設に置いた実績もありません。またそもそも作成がないため、「地域住民にわかりやすく～」と工夫に取り組んだ経緯もありません。

入所希望の見学（主には家族）には三つ折りパンフレット、料金表を用いて対応、通常は1時間程ですが、入所申込書の記入に至る場合には介護の状況等の確認もあり、さらに30分余プラスされています。老人介護保健施設、介護医療院の介護保険施設から入所を考えるケースが多く、在宅の場合は併設のショートステイをすでに利用しているため、体験入所や一日利用等のニーズはないと判断しており、対応はしていません。利用希望者に渡すパンフレットや案内における見学経路や説明内容などの見直しは実施していませんが、制度変更には料金表の改定をおこなっています。

31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a・⑤・c
----	--	-------

<コメント>

契約にあたっては契約書・重要事項説明書（看取り介護指針含む重要事項説明）を備え、利用対象者（概ね家族）に説明した後、正・副2部に記名押印を得ています。契約には、施設介護サービス計画及び栄養ケア計画と個人情報の取り扱いの説明と同意も含まれ、90分から120分程の時間を要しています。入所時の施設介護サービス計画及び栄養ケア計画は入所申込時の聞き取り、入所前の訪問面接での本人・家族・従前施設関係者からの聞き取りをもとに入所日までに必ず作成しています。決定は家族がおこなうため、例えば本人の帰宅願望から「入居したくない」と発信があっても手続きが進んでおり、「自己決定を尊重する」との取組みは希薄になりがちですが、アセスメントを詳細にとることで本人の意向に沿うことには努めています。「言葉遣いや写真・図・絵の使用した」資料は作成していませんが、料金等の変更時には「一部変更重要事項説明書」を作成して、どこが変更されたのかを簡潔に分かり易く示しています。

成年後見制度を利用するなど意思決定が困難な利用者が入居していますが、契約履行・変更における配慮はルール化されていません。

32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a・b・⑥
----	---	-------

<コメント>

施設・事業所の変更、地域・家庭への移行事例はほとんどなく、日常の業務として確立されておらず、手順と引継ぎ文書を定めてはいません（「看取り介護の指針」の中には、在宅での看取り希望の対応についての記載はありますが、変更・移行後の対応について書面化したものはない）。以前には介護院への転院ケースもあり、その折には家族との相談や医療機関との連絡調整の核となり、記録は個人の経過記録に残しています。福祉サービスの利用が終了した後も組織として利用者や家族が相談できるようにとの窓口や担当者設置はなく、契約終了時に「相談対応にあたる」といった今後の関係を示した書面も渡してはいません。

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・⑤・c
----	---	-------

<コメント>

利用者満足の上昇を目指すものとして「おおすか苑 満足度アンケート」と名付けた顧客満足度調査を年1回、実施しています。「介護サービス計画書の説明が十分か」「苑の様子を報告は十分か」といったサービスに係る問いに「よい」「ふつう」「わるい」を選択する構成で、回答にはその理由を記述する欄も設けられています。集計した結果は苦情解決委員会にて周知され、各委員が職場に戻りミーティングや回覧で周知するかたちをとっています。敬老会では本人と家族、職員の懇親の場が設けられていますが、利用者の自治会や家族会はなく、本人や家族が当事者ならでのヨコの関係を築いたり、職員との懇親を通じて相互理解を深め、また組織だって事業所に具申するといった場は形成されておらず、「言いやすい関係づくり」には課題が残ります。

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a・⑤・c
----	--------------------------------------	-------

<コメント>

「苦情解決要綱」に苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員の設置を明示、その内容に連絡先（電話番号）を加えたポスター掲示、ご意見箱を玄関ホールに置き、何かあれば言ってもらえるようにと配していますが、ご意見箱は事務室から離すとか死角に置くといった配慮を期待します。

受付の流れをフローチャートにしたマニュアルはあるも本人・家族に書面とともに説明する取組みはありません。苦情があった場合は、「苦情の内容」「申出人の希望等」「申出人の要望」「相談記録」「経過記録」「結果」等を記載項目とする「苦情受付書」を作成し保管することとしています。苦情内容に関する検討内容や対応策については、家族に伝えるとともに内容と家族の反応については、苦情受付書の「経過記録」「結果」欄に残して内部では共有しています。

法人ホームページに公表する仕組みは件数のみのため実情は見え、外部者には判りにくいことは否めません。また苦情相談内容にもとづき、再発防止策を検討していますが、福祉サービスの質の向上へつなげるとの明確な仕組みとはなってはいません。

35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a・⑤・c
----	--	-------

<コメント>

利用者が相談したり意見を述べたりする際に複数の方法から自由に選べるよう、重要事項説

明書には事業所の受付担当・第三者委員・保険者・国民健康保険団体連合会の相談窓口を記載のうえ、契約時に書面を通じて説明しています。また、苦情受付担当者は連絡先（電話番号）を添えてポスターにて掲示、玄関ホールの掲示板には職員の配置状況や緊急時の対応などその他の規程とともに重要事項説明書を貼りだしています。

意見については、意見箱の設置とアンケートの実施のみで、話し合いの機会を設けるなどの相談しやすい環境づくりへの取組みは不十分です。

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

<コメント>

利用者家族からの相談や意見を把握するために意見箱の設置をおこない、また年に1回アンケートをおこなっています。意見箱には意見が入っていたことはなく、アンケートも匿名を可能とはしていても「体制的に家族が忌憚ない意見を記述できるか」については今後検討の余地があります。話しやすい雰囲気づくりと変化に気づくことを目的に、職員が出勤時に利用者に対し笑顔で挨拶するようにと周知したことが以前にはあり、今後も何らかの取組みがあることを期待します。

意見や要望があり対応したことについては、係長・生活相談員より各部署のミーティングで伝達され、連絡ノートを使って職員への周知を図っていますが、その流れ等「相談・意見」への対応について文書化されたものはありません。

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

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

<コメント>

事故を未然に防ぐとともに、起こった事故に対しては、その後の経過対応を速やかにおこない、利用者に最善の対応を提供できることを目的として「事故対策委員会」を設置しています。役割の中には「ヒヤリハット、事故報告書の分析及び改善策の検討」もあり、毎月「事故報告書・ヒヤリハット（部署別分類）」を月間で一覧としていることなどからリスクマネジメント体制を含む仕組みと受けとめることができますが、ヒヤリハットの収集の勧奨をおこなうとか、他施設の事故例から事例検討を重ねているなどの取組みは薄く、予防に帰するかについては十分ではありません。事故防止策の安全面に係る実施状況や、その実効性については定期的な周知と確認の仕組み（※）が「事故対策委員会」の開催を以て確立しています。

「事故発生防止のための指針」には同委員会の責任者について記載はあるものの、「委員会総括責任者」と汎用的表記で、誰が責任者かは不明瞭です。事故発生時の対応と安全確保について責任所在の記載はありませんが、手順は「おおすか苑 事故発生時の対応マニュアル」に手順フローで示しています。

※周知と確認の仕組み：発生の状況・発生の要因・ケガ等の状況及びその対応・家族への対応とその反応・防止策をまとめた「事故報告書」は上司への報告と職員供覧による周知がある。また防止策が「実施できた（実施して効果はどうであったか・今後はどうしていくのか・継続可能か）」「実施出来なかった（なぜ実施できなかったのか・今後どうしていくか）」を評価する欄もあり、この報告書をもって各部署にて事故の再発防止が意識される仕組みが確立している→ その上で「経過対応が適切であったか」を各部署より選任した職

員で構成する「事故対策委員会」内で確認している		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a・⑩・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「感染症対策マニュアル」を備えています。責任と役割を明確にした管理体制については明示されておらず、またマニュアルは見直しを定期的におこなっていません。</p> <p>現在、「新型コロナウイルス感染症発生時対応事業継続計画」を立案しており、その中に危機管理体制の項目があるため、管理体制についてはそれを基に是正にあたりたいとしています。</p> <p>新任研修のカリキュラムに感染症対策の時間割を組むほか、年2回感染症対策研修に取組み、「感染症の発生動向と感染症発生時の初動動作（隔離と嘔吐物の処理方法）」の講義・演習を主な内容とし反復して例年実施しており、講師が推奨する清掃用具を用いた衛生環境の整備に日々取り組んでいます。実際感染症が発生した場合の対応実績としては、2年前に新規入居者において疥癬の診断があり、発生居室や寝具等を燻煙などで消毒し、本人を隔離してガウンテクニックを駆使し介助をおこない、感染者をゼロに抑えた例があります。</p>		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a・⑩・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「火災発生マニュアル」「地震防災対策マニュアル」「風水害に対処するための計画」を備え、災害時の対応体制を整え、消防計画には自主防衛隊の組織を示しています。「平常時における地震防災対策」には、立地条件から被害を想定する内容や必需品の備蓄を表記して、平常時からの準備について何をすべきかを整備しています。職員の安否確認については災害安否確認システム「安否コール」を導入、配信テスト訓練をおこなっています。備蓄については飲料水・生活用水・衛生用品・医薬品・エネルギー源などのほか、食糧品は管理栄養士を管理担当者として「非常食一覧表」を作成するほか、レトルトカレーをはじめとする個包装のものはフードバンクに供出して消費期限切れの無いようにしています。</p> <p>社会福祉施設防災の日に準じて実施する総合訓練には、2地区の防災委員を招き、事業所の状況説明、避難誘導訓練、テントや非常用トイレの設営訓練を実施していますが、地域との協働体制には取組めておらず「体制をもって訓練を実施しているか」については十分ではありません。ただし、事業所ではないものの、併設のデイサービスセンターほほえみは掛川市と福祉避難所となる協定（※）を締結しています。</p> <p>※福祉避難所開設に関する協定は、掛川市においては市内の特別養護老人ホームでなく、通所介護事業所を活用する方針です</p>		

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a・⑩・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所では提供する介護サービスの標準的な実施方法として「介護技術の手引き」を備えて</p>		

います。介護技術を学ぶ意義・ベッドメイキング・コミュニケーション・接遇について・バイタルサインの測定・食事介助・口腔ケア・移乗移動介助・車いすの介助・排泄介助・体位変換・入浴介助・清拭・褥瘡予防・看取り介護と、其々における目的・手順・留意事項を文書化しています。採用時の新任研修においても研修資料として使い、介護における教本ともなっていますが、生活相談員・介護支援専門員・看護師など専門職のサービス提供の標準的な実施方法は文書化されていません。

「介護技術の手引き」には手技・手順の解説とともに利用者に対する配慮（例：入浴「脱衣ではプライバシー保護・保温のためバスタオルを羽織っていただく」が必要に応じて盛り込まれており、「利用者の尊重、プライバシーの保護に関わる姿勢」とまでは言えないものの職員の取組みを担保するものとなっています。標準的な実施方法について職員に考察させるものとして、ケアチェック表を用意（介助項目を一覧とし、各項目に説明日、実施、できないをチェックする内容）しています。ただし、採用時の取組み以後のチェック機会はないため、改善を期待します。

41	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a・b・◎
----	---	-------

<コメント>  
 福祉サービスの標準的な実施方法を記載した「介護の手引き」の各項目末尾に「使用して気づいたことがありましたら下記へ記入してください。定期的に回収し、マニュアルの中に活かしていきたいと考えています」との記載はあるも回収事例はなく、実際は機能していません。福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しも定期的に実施されてはならず、おのずと見直しが個別の施設サービス計画書（以下、プラン）などに反映されたことはありません。ただし、研修担当者1名を設置していることから、担当が研修資料としての「介護の手引き」について見直しをおこなうことは継続されています。

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・◎・c
----	--	-------

<コメント>  
 利用者一人ひとりのプランは、事業所勤務の介護支援専門員を策定責任者とし、介護職員と介護支援専門員とで連携作成したケアチェック表を通じてのアセスメントに基づき、サービス担当者会議（介護支援専門員・介護職員・看護職員・管理栄養士）を開催しています。利用者・家族の意向は電話などで聞き取り、同意署名は郵送としています。アセスメントツールは包括的自立支援プログラムを採用し、1. 食事、水分摂取等に関するケア 2. 排泄に関するケア 3. 入浴、清拭等に関するケア 4. 洗面、口腔清潔、整容、更衣に関するケア 5. 基本動作介助、リハビリテーション等に関するケア 6. 医療、健康に関するケア 7. 心理・社会面等に関するケアについて、本人・家族の訴えや希望を含む現状と問題点や解決すべき課題（ニーズ）を抽出しています。3ヶ月毎にモニタリング評価をおこない、6ヶ月毎にプランの見直しをルーティーンとし、職員のモニタリング評価後にサービス担当者会議を経て介護支援専門員がモニタリング評価表を完成させたうえでプランを変更する必要性を判断する、との流れにより福祉サービスの計画の実効性を高めています。支援困難ケースについては積極的取組みとは言えないまでも、申し入れがあれば対応について検討し、他の施設で入居拒否の人も順番に応じて入所に至り、虐待やネグレクトによる緊急置での入所例もあり、

社会福祉法人として適切に対処しています。		
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・⑤・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>プランの見直しは、見直しをおこなう時期、サービス担当者会議のメンバー、利用者の意向把握と同意を得るための手順を、組織的な仕組みとして実施しています。見直しによって変更したプランの内容は、サービス担当者会議に出席しているケース担当者がミーティングと申し送りノートをもとに他の職員に周知させるとともに、プランは各フロア（ユニット）において介護職員が管理する個人ファイルに綴じ、いつでも確認できるようにしています。</p> <p>心身状態の変化があり、プランの変更が必要な場合は、介護職員や看護師から変更提起され、介護支援専門員が担当者会議を開催したうえで変更に至っており、変更は家族の意向を確認しながら作成し、係長・管理者の確認（押印）後に家族説明をおこなっています。</p> <p>プランの評価・見直しは、ケアプラン作成ソフトにあるモニタリング表を活用しており、書式は援助内容ごと評価期間・確認方法・実施状況・本人と家族の満足度・目標の達成度・今後の方針の項目欄で構成され、福祉サービスの質の向上に関わる課題が明記される構成となっています。</p> <p>プランの見直し、見直しによって変更する場合について慣習的に手順が確立していますが、今後は書面で明文化されることを期待します。</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。	a・⑤・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>アセスメントツールには包括的自立支援プログラムを採用しています。記録については新たに電子ソフト「実施サービス計画実施結果」を導入、現在は全ての部署で稼働しています。プランに基づくサービスが実施されているか否かについては、同じくソフトウェア上の「ケア記録」により確認でき、実施の場合は「その様子」、未実施の場合は「なぜか（理由）」を入力することとしています。記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないようにとの対策（記録要領の作成や研修等）や、利用者の状態変化やプランの不具合に対して速やかな対応をおこなえるよう情報の流れを共有させる仕組み（会議の設置、回覧板等）への取り組みはありません。また、事業所内の情報を共有化する仕組みについては、やはりソフトウェアを導入しているものの現状は活用できていません。</p>		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a・⑤・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「個人情報取り扱い規程」「個人情報に関する文書等管理規程」を整備し、個人情報保護に対する対策と方法を規定しています。利用者の記録の保管・保存・破棄・情報の提供・個人情報の不正利用・漏えい対策を規程に定め、記録の管理については個人情報保護の観点から、記録管理責任者を係長と定めています。利用者に関する記録の管理における教育・研修はならず、個人情報保護法や事業所の規程を理解するための働きかけやチェックの仕組みがないため、遵守されているか不明瞭な状況にあります。</p> <p>家族には契約時に個人情報使用同意書への同意、署名を得る際に、個人情報の取扱いについて説明をおこなうとともに、肖像権（写真等）の取扱いについても確認しています。</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>旧大須賀町内に住む介護認定者の大半は、法人内の居宅介護支援事業所または通所介護事業所が既に本人に関わっており、ADLをはじめ入居前のアセスメント情報は各事業所専門職の連携を以て把握できる状況にあり、当事業所の生活相談員による聞き取り面談も併せて必ずおこない、入所から1ヶ月は仮のプランとして利用者本人の状態を改めて観察したうえで支援方法を確立させています。1日の流れと時節行事といった生活プログラムは概ね定まった中で、本人の意向を確認しつつ個別の散歩や脳トレ、ぬり絵などが提供され、また洗濯たたみやテーブル拭きに勤しむ人もいます。「利用者一人ひとりに応じた生活となっているか」「生活の楽しみについて配慮と工夫が実践されているか」を検討し、改善する取組み（例、生活向上委員会）が組織的に継続されることを期待します。</p>		
A②	A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>※評価外</p>		
A③	A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>※評価外</p>		
A④	A-1-(1)-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	㊦・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>一律に大きな声で話しかけないことや、言葉を選んでケアにあたることは新人職員への指導の一つとし、ケース担当を中心に日々のモニタリングに向き合い、サービス担当者会議の定期開催を通じて本人・家族の意見をプランに反映させています。スピーチロックの根絶を目指して「言葉の置き換え」の啓発活動が身体拘束廃止委員会で推進されるほか、年2回の内部研修では尊厳に配慮した接し方や言葉遣いを考察できるよう、紐で縛る者、縛られる者を体験するロールプレイングやアンガーマネジメントを学習する場があります。またコミュニケーションの方法に特化はしていませんが、ケア全般については年に1回（変調には随時）見直しと評価がおこなわれ、実際ボードを使った筆談もみられます。1対1となれる入浴をはじめ、介助の場面では「今から～しますね」と介助動作を投げかけ、言葉で確認し合えないときは非言語でのキャッチに努めています。</p>		
A-1-(2) 権利擁護		

A⑤	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	a・⑤・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>権利侵害防止のために事例を収集・掲示して利用者（家族）に周知する取組み、権利侵害があった場合再発防止策を検討し理解・実践する仕組、共にありません。身体拘束廃止未実施減算出に係るルール（指針策定・新入社員研修への位置づけ・年2回の職員研修・委員会開催）を遵守、委員会は施設長（以下、管理者）・係長・生活相談員・看護職員・介護職員・主任をメンバーとしてルール上は3ヶ月に1回でよいところをこまめに毎月取組んでいます。心身の状態を維持できない等やむを得ず身体拘束に着手する場合は、一時性・非代替性・切迫性の三要件に照らし、書面や承諾押印など定めのある書面を整えています。虐待については所轄行政への報告の手はずなど明確にはなっていません。身体拘束廃止委員会の協議事項に「拘束・虐待の兆候の有無」を盛り込んで毎月の確認につなげ、全職員が参加する研修会ではグループワークなどで具体的な検討機会を設けています。</p>		

## 評価対象 A-2 環境の整備

		第三者評価結果
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A⑥	A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	a・⑥・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>専任清掃員3名（1日4～6時間）を各フロアに配置していますが、コロナ対策もあって職員による換気と清掃（ドアノブや手摺りの消毒含）の時間を設けています。冬は21℃、夏は26℃を目安全館LED照明としたので、切れて替えるまでの時間「薄暗い」ということは無くなり、談話コーナーや食堂・リビングにはソファで寛ぐ利用者の姿があります。「これまでの暮らしが続くように」との視点は家族の協力も得て、畳やフロアマット、馴染みの筆筒が持ちこまれている居室もあります。介護支援計画に快適に過ごすためのサービス内容はなく、現状仕組みに乗せてはませんが、現場で直接職員が問いかけたり、また「安心・安全」との観点では危険箇所点検が毎月実施され、転倒や破損のリスクマネジメントにも余念がありません。</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。	⑦・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>一般浴槽・台座式リフト・個浴槽・個浴槽リフト・またぎ不要の個浴（側面が上下する）・寝浴装置（臥床姿勢で入浴できる機械）が備わり、心身状態に臨機な対応が叶っています。</p>		

アセスメントを踏まえて入浴形態や方法は予め検討確認され、入浴前には脱衣スペースの室温チェック及び架台の準備、浴室内の湯音や入浴機器のセットアップといったオペレーションが定まっております。ユニット型では脱衣・入浴・着衣まで利用者一名ですが、そうではない従来型であっても誘導は1対1としており、同性介助の希望があれば応えています。入浴前には体温測定を踏まえて入浴の可否を決め、入浴を中止した場合には着替えと清拭サービスを代替とし、入浴拒否をはじめ本人の希望や心身の状態変化にも柔軟に対応しています。

「職員の都合で順序や時間を決めることなく、本人の意向を確認する」には当然留意していますが、疥癬など他の利用者に影響のある症状があるときは、職員のリードになることもあります。

A⑧	A-3-(1)-② 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	◎・b・c
----	---------------------------------------	-------

<コメント>

トイレには便座周りに手すりを付けて安全な使用となるよう配しています。ユニット型には跳ね上げタイプのフロント手すりも装着され、前方に身体を預けることができ楽な姿勢で排せつできます。洋式トイレはカーテン又は扉で仕切られ、ベッド上での排せつ介助はベッドをカーテンで囲い（多床室）、扉を閉める（個室）ことが習慣となっています。平均介護度はユニット型3.7、従来型3.9と重度化していますが、それでもオムツは夜間30名、昼夜合わせても35名と尽力が伺える数字で、自立を念頭に「できる限りトイレで」を励行し、座位が保てなくなっても2人介助で支援しています。

排せつに係る消耗品はその人の尿量、時間により（夜間は給水量の多いパッドを使用して深夜の交換を減らす＝睡眠を優先）使い分け、また自然な排せつを促すためトイレにおける座位にこだわり、排尿・排便毎に時間と量や形状をケアチェック表に記録して排せつのリズムを把握するとともに、変調があれば看護師に連絡、医療的な見地と対応を求めています。

A⑨	A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	◎・b・c
----	-------------------------------------	-------

<コメント>

フロアには手すりが設置され、動線上に移動の障害になる物はありません。利用者が操作しやすいものを選ぶように、車いすはスタンダードタイプ以外に「座面の高さが調整できる」といった機能が付加されたものも複数種類揃えています。「お尻が前にずり落ちてしまい座位が安定しない場合にはチルド式」を、「歩行補助車を手で押しても、タイミングよく足が出ないと補助車に引っ張られてしまい転倒しやすい人には車輪に負荷がかかりスピードが出にくいタイプ」と、「その人に合ったものを提供する」ことを心がけるとともに、「福祉用具は安全第一」に選定しており、他にも歩行補助車はハンドルの高さが調整できるものとし、靴は介護用のシューズを利用者も使っています。車いす、歩行補助車のブレーキなどの安全点検は毎月おこない、危険箇所点検表に記録を残しています。コロナ禍前は取引先である福祉用具業者がおこなっていた無料の修理メンテナンスも今3月には再開しています。

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・c
----	---------------------------------	-------

<コメント>

朝食の主食はパンとご飯どちらかを選べます。食事では会話ができて気の合う人は近い席とし、むせやすい人は食事介助が必要な利用者の傍で介助者が見守れるようにと、座席にも配

慮しています。献立は委託業者が立てたものを当事業所の管理栄養士がチェックする流れで策定されています。管理栄養士を中心に嗜好調査（言葉で確認できない利用者には担当から「あれは残す」「最近は何」と観察所見がだされる）を年1回おこない、食事の好みや口腔・嚥下の状態をアセスメントで把握のうえ、刻みの大きさなどの検討を経て食事提供しています。さらに管理者・係長2名・管理栄養士・委託業者（調理責任者）をメンバーとする給食会議が月に1回開催され、食事提供に係る見直しと課題把握及び行事・イベント食の評価がおこなわれています。屋台で茹でたてを提供するラーメン企画、卓上で調理してとりわける鍋企画、うな丼やまぐろ丼などがメニュー選択できる誕生日御前と、食の楽しみを拡げる取組みもあります。

調理室内は、委託業者の管理マニュアルにより衛生管理がなされ、保健所の立ち入り検査も受け、「配膳から2時間を過ぎたら提供しない」といった予防ルールを設けています。

A⑪	A-3-(2)-② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・⑩・c
----	---	-------

<コメント>  
「調理配膳後2時間以内の消費」との制約はあるものの下膳は一人ひとりのペースででおこない、起床が早い人は1時間余前から席に着くため「待つ時間が長くないように」オペレーションを工夫しています。常食・刻み・超刻み・ペースト食と食事形態を揃え、咀嚼・嚥下能力に合わせて提供するとともに、柄付スプーン、スプーンのハンドル、介助皿などの自助具も用意しています。  
主食・副食・汁物の摂取量の記録を個別に毎食とり、不十分となれば栄養補助として高カロリー栄養食品、食間時の水分ゼリーで水分を補うよう調整体制を整えるほか、栄養アセスメント担当者会議を反映させた「栄養ケア計画」を管理栄養士が策定することで経口摂取の継続維持を図り、食事介助は看護師担当として安全を担保しています。  
座位がとれるならば椅子に移乗して安全な飲み込みを担保するといった取組みや、緊急時の対応マニュアルもありますが、看護師以外の職員が食事介助をおこなう場合も想定し、誤嚥した時の対処法（背部タッピングとハイムリック法など）の研修実施を重ねることを期待します。

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

<コメント>  
個別には定期はなく必要に応じての受診なものの毎月2回歯科医が訪れており、検診も年1回実施しています。口腔ケアの研修はありませんが、歯科衛生士来訪時に磨き方指導を受けるほか、歯ブラシだけでなく口腔スポンジ（柄付きのスポンジ）・歯間ブラシ・マウスウォッシュ・綿花・ガーグルベースを使用して口腔内の清掃や清拭をおこなっています。顔をしかめるなど食事の折に痛みや不具合の訴えや咀嚼に問題が見られた場合には看護師に報告するとともに、状況を家族にも知らせ診療の了解を得て後、受診につなげています。したがって、家族が「不必要」となればそのままとなるケースもあり、事業所として口腔機能を保持・改善するための取組みが充実しているとはいえ体制にあります。症状の原因そのものを制御する原因療法は医師に任せるしかなく、職員は対症療法として口腔ケア支援に取り組むほか、居室の洗面台横には口腔清掃の方法を表にしたものを示して日々適切な実施となるよう図っています。

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
-------------------	--	--

A13	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a・⑩・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員採用時に配付する「介護の手引き」に「褥瘡予防」の章を設け、「褥瘡になりやすい部位・原因」「体位変換について」の項目にて理解できるようにしていますが、熟読するかは本人任せで、研修などの後方支援はありません。管理者・看護師・管理栄養士・介護職員をメンバーとする褥瘡対策委員会（毎月1回開催）では、「皮膚の発赤がみられた」といった報告をあげて「良肢位確保のためのクッションでよいものはないか」などの対応策を協議しています。食事面からの予防（※）は管理栄養士が取り組み、発生があれば看護職員により治療（軟膏塗布やフィルム保護）が始まり、また体位変換といった介護領域は介護主任の指示の下に取り組み、その後記録ソフトに実施のチェック記入と、チームケアの体制を築いています。また介護用品の納入業者に相談すると、専門職としての豊富な知識から助言を受けることができ、外部との連携も緩やかなものつくられています。</p> <p>※全利用者の体重、BMI、摂取状況を把握するアセスメントを通じて、栄養ケア計画を立て管理している</p>		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A14	A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	a・⑩・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「おおすか苑における喀痰の吸引等の取扱書」を備え、基本方針・具体的な実施の手順・ヒヤリハット及びアクシデント事例の報告・改善策の立案・実践等、地域における連絡支援体制整備について記載がありますが、管理者の責任については明文化されていません。「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業指導者講習」修了者の輩出を経て喀痰吸引等事業者として行政登録されたうえで、本件に係る養成実習がおこなわれており（令和2年度スタート）、実施手順は明確です。医師の指示書に基づいての実施を遵守し「実施表（※）」によるチェックを通じて適切・安全を担保するとともに、「医療的ケア安全対策委員会（毎月1回開催）」では経管栄養・吸引の実施者の確認及び実施にあたっての課題の洗い出しをおこなっています。また、医療的ケアに関する手技について看護師が介護職員の実技を規程項目に沿って検証・評価する機会が年1回あります。</p>		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A15	A-3-(5)-① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	a・⑩・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別機能訓練加算の取得ケースはなく、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おこなっていませんが、利用者によっては「トイレまで手引き歩行でおこなう」「車いすで離床した場合は食後ベッドにすぐ戻るのではなくソファで過ごす」など統一してケアにあたり、生活動作の中で機能維持につなげる取組みや、プランに「機能の維持のために立位を2人で介助する」と位置付けている例もあります。</p> <p>事業所としては介護予防と認識してはいませんが、膝、肩や腰に磁石入りのバッグ（ホットマグナーと呼ぶ）を当て温熱で痛みの軽減をはかる装置や、ドクターメドマーといって空気による圧迫と弛緩を繰り返しマッサージする装置（大腿からつま先までズボンのようにはく）</p>		

を提供することで、心身の状態が楽になる人はいます。また、機能訓練としてはいないものの、イージーウォーク（床置き式で板が2枚ありそこに足を載せて交互に上下する装置）を備えており、足首の屈曲・伸展を促し座位でも歩行したのと同じ運動効果を得ている人もいます。

A-3-(6) 認知症ケア

A⑩	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>

医療従事者との連携による分析はありませんが、日々の見守り（観察）を通じて「こうしたらうまくいった」「あの方法ではどうか」といった考察の下、行動・心理症状（BPSD）を含む認知症の対応にあたり、経過記録として残しています。アセスメントはプランの策定・評価の仕組みの中に位置付け、利用者の心身の状態及び生活全般に渡る情報（※）を精査のうえ、本人・家族の訴えや希望を含む現状と問題点や解決すべき課題（ニーズ）を抽出しています。職員が認知症を理解するための研修設定やセンター方式等認知症に特化したツールの導入はないものの、「介護の手引き」に則りユニットリーダーがコミュニケーションの原則を都度指導しており、単調な廊下の佇まいに居室を迷うのでは？との危惧からシェードでアクセントをつけたり、クールダウンのスペースとして畳を入れるといった試行やチャレンジが推進されています。

- ※1. 食事、水分摂取等に関するケア 2. 排泄に関するケア 3. 入浴、清拭等に関するケア  
 4. 洗面、口腔清潔、整容、更衣に関するケア 5. 基本動作介助、リハビリテーション等に関するケア 6. 医療、健康に関するケア 7. 心理・社会面等に関するケア

A-3-(7) 急変時の対応

A⑪	A-3-(7)-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	a・⑪・c
----	---	-------

<コメント>

高齢者の病気や健康管理、体調変化時の対応方法などの研修を職員に施してはませんが、お薬情報を職員間で共有するとともに内服の留意事項はミーティングを通して看護師から指示伝達があります。「手の上にのせる」「スプーンフィーディング的な介助」「ゼリーに混ぜる」と一人ひとり異なるオペレーション（※）のため、ダブルチェックで確認しつつ取り違えないようにしています。

離床介助・洗面介助・移動介助と場面毎に言葉をかけ反応を確認、普段と様子が違えば職員間で共有し、緊急性が高い場合は「緊急時の対応フローチャート」に沿って対応しています。ここ一年は新型コロナウイルス対策もあり、体温計測は1日1回を2回に増やしています。

※個別の朝・昼・夕の仕分け箱があり、毎日看護師が1日分をセットする。それを介護職が内服介助している。お薬情報（薬局からの情報）はコピーをして看護師・介護職員それぞれファイリングにて確認できるようにしている

A-3-(8) 終末期の対応

A⑫	A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	a・⑫・c
----	---	-------

<コメント>

「おおすか苑見取りに関する指針」に基づき「自己決定と尊厳を守る看取り介護の定義について」「看取り介護実施における職種ごとの役割等の看取介護の体制について」等を提示して家族に説明、合意形成に至っています。終末期を迎えた場合の意向確認は看護師と管理者がおこなうこととし、面会の在り方（※）、カンファレンスの実施など事業所としてどのように対応するかの説明を経て、同意の署名を得ています。その後、介護支援専門員と管理栄養士が看取り介護に係る「施設サービス計画書」「栄養ケア計画書」の説明並びに同意の手続きをおこなっています。看護職員主催により、全介護職員を対象に看取りケアに関する内部研修が年2回実施され、看取り介護の振り返りのカンファレンスは必ずおこない、サービス担当者会議記録として残しています。また、総括的に看取り介護の研修の場においても振り返りをしています。

※コロナ禍で面会はできない状況にありますが、通常は一度の面会は2名までと制限はあるも快く受入れています

## 評価対象 A-4 家族等との連携

		第三者評価結果
A-4-(1) 家族等との連携		
A19	A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月の請求書には本人の様子を伝える便り（※）を同封するほか、ツーウェイの連絡は主に電話（携帯番号を教えてもらっている）とし、主な担当者を介護主任又はケース担当介護職員と定めて、病変などの医療的説明を要する場合は看護師が連絡をすることとしています。苦情解決委員会の活動において「苦情ばかりでなく要望を聞き出せるように」と年1回「満足度アンケート」実施しており、今年度の「ご利用者様の苑での様子の説明について伺います」への回答は「十分が76.4%」「まあまあと併せると98.2%」で、家族の評価は好評です。家族面談は定期でおこなってはいませんが、申し入れがあれば管理者または相談員が日程を調整しています。コロナ禍前は家族の同行を求めている遠足を年1回お実施するほか敬老行事にも招き、関係が途切れないよう配慮しています。</p> <p>※「おおすか苑便り」「おおすか苑 ユニット型便り」。特養（従来型）、特養（ユニット型）それぞれの利用者家族に配付している</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>※評価外</p>		