

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 かけがわ苑		種別：介護老人福祉施設	
代表者氏名：涌田美由紀		定員（利用人数）：80名	
所在地：静岡県掛川市大池 648 番地			
TEL：0537-24-5527		ホームページ：https://www.kake-en.or.jp	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日 1985年4月1日			
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			
職員数	常勤職員：	34名	非常勤職員 31名
専門職員	（医師）	1名	（管理栄養士） 1名
	（看護師）	7名	（介護職員） 37名
	（機能訓練指導員）		（生活相談員） 2名
	看護師兼務	1名	（介護支援専門員） 1名
施設・設備 の概要	（居室数）	（設備等）	
	従来型多床室 19室 従来型個室 29室（短期入所用個室 7室含む）	食堂、機能訓練室、トイレ（多目的 トイレ）給食室、診療室、静養室、 浴室、洗濯室、汚物処理室、相談室、 ボランティア室、理美容室、看介護 室、防災倉庫、ラウンジ、多目的ホ ール、宿直室	

③ 理念・基本方針

（理念）

- 一. 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。
- 一. 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。
- 一. 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。
- 一. 保健、福祉、医療機関等と連携し、地域福祉を推進します。
- 一. 積極的に研修、研鑽を積み、質の高いサービスを提供します。

（基本方針）

- 1) 関係法令遵守
- 2) 家庭的な温かさ、温もりが感じられる施設
- 3) 利用者一人ひとりの生活に寄り添う支援
- 4) 社会福祉法人が担うセーフティーネットとしての使命に沿った利用者対応

④施設・事業所の特徴的な取組

1. 低所得者や生活困窮者の方でも利用できるセーフティーネットとしての役割を推進
2. 「利用者の声・想い」を尊重し、「私の暮らしシート」を活用した個別ケアの実践
3. 提供サービスの取扱手順の標準化への取り組み
4. 活発な専門委員会活動による「利用者の安全で安心できる暮らし」の提供と追求

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和4年5月1日（契約日）～令和4年10月31日 年 月 日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	1回（2007年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

真摯に、丁寧に取り組む文化が醸成され、気持ちのよい職員集団です

訪問調査では事前に駐車場の案内があつてスムーズに開始することができ、更に資料は付箋で番号が付けられ確認しやすいように用意され、またコロナ対策として見学を平面図やパンフレット、ホワイトボードへの写真掲示などでの工夫があり、総じて誠実で丁寧な準備があつた事業所です。長い歴史のなかで、「ありがとうございます」と職員間で声を掛け合う事が定着しており、グッドサイクルコミュニケーションが浸透していることも併せ、人育ての充実が覗えます。

「美味しく安全なソフト食」の開発に努め、「食」を支援しています

給食委託業者とのコラボサービスとして確立した「みんなの日曜日」では外食気分を味わえるとともに、ソフト食の開発にはめざましいものがあり、総じて「食」のクオリティが高いことが目を惹きます。身体機能が衰える高齢者でも「美味しく安全に食べ、味わう楽しみを続けてもらいたい」として、ソフトぜんざいやたこ焼きソフトの他、珍しいものでは枝豆ソフトやソフト握り寿司が提供されており、その多様性に驚きます。どのメニューも食材そのものの彩りが鮮やかで、時にはティラミスがクリスマス仕立て（長靴の形）で提供され、時節行事の盛り上げに一役買うこともあります。

利用者の快適な状態、環境を維持する為の取組みに尽力しています

例えば排泄では、「利用者の心身の状態を鑑み、気持ちよさや保清を優先するのか」「リハビリとしての座位の伴う排泄とするのか」は、多職種で検討して方針を統一してあたっています。おむつメーカーから講師を招いて研修を実施するほか、尿量モニタリングなどプラスαの探求に勤しみ、排泄だけでなく入浴、食事、レクリエーションと、概ねケア・サービスの質への探求は高く、パーソンセンタードケアの意識が取組みの一つひとつに滲んでいます。

改善向上に意欲的なことは「実習の改良」→「人材確保」にも実っています

実習は事業所にとっては新たな人材との出会いの場であり、また業界に優秀な人材を送り出すという大義に応えるためにも、「実習教育委員会」を発足させ、受入窓口として生活相談員、現場で実習指導にあたる実習指導者を置くとともに多職種間で受入れに関する課題提議や検討を

重ねています。学生数が減少、或いは学部学科の閉設により養成校が減少している状況下ではあっても毎年コンスタントに実習生があり、就職につながった学生も少なくありません。

◇改善を求められる点

課題はまだあり、万全とは言えないものの、改善点の着手が進んでいます

マニュアルや規程の呼び名が職員によってまちまちな点は課題であり、そこから推量される「物事を適切に進める」という点は今後もあらゆる点において注視と考察を期待します。ただし、その他の改善は評価中にも取組んでおり、着手の速やかさには脱帽です

【速やかに改善に至っている例】

- ① 自己評価作成時には計画段階にあった水分補給ゼリーの提供試用に取組み、令和5年度には定着の予定
- ② 看取りについては、看護師に指針の見直しと改訂を依頼中。終了次第、標準化シートの作成に移る予定

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価は今回で2度目の受審となりますが、前回から今回までの受審スパンが長くなってしまったことから、自施設で組織化したサービス向上委員会を中心に、第三者評価事業の意義と活用を職員が改めて理解した上で受審できるよう準備をすすめて参りました。

実際、今回受審したことにより、サービスの現状を立ち止まって振り返ることの必要性はもちろんのこと、改めて自施設の強みや弱みを知る良い機会になりました。特に、社会問題ともいえる介護人材の枯渇につきましては、事業継続を使命とする社会福祉法人の施設にとって深刻な課題であることから、人材の確保や定着につながる組織の魅力向上に向けて対策強化する必要性を強く受け止めさせていただきました。

また、客観評価として受け止めるべき評価項目ごとの結果につきましては、C評価はなかったものの、大半がB評価であったことから、次回受審時にはA評価の項目が増えるよう希望と期待を携えながら、今回の受審で得られた改善の糸口(種火)を絶やさぬよう、サービスの質向上に向け、組織的かつ計画的、継続的に実践してまいりたいと思っています。

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・①・c
<p><コメント></p> <p>日常に溶け込む広報誌「かけがわ苑だより」をはじめ「二十年のあゆみ」「三十年のあゆみ」などのほか周年記念誌にも刷り込まれ、また行動指針に近い具体的な言葉であることから事業所の大切にしたいこと、行く道が確かに伝わる基本理念です。特に「役割を認識し、健全で活力ある…」は評価業務を通じて十二分に確認できた点です。理念に揃いとなる基本方針はないものの毎年「基本目標」を設定していることから、「理念と基本方針が一体化している」「2つを実践的に推進するために年度の基本目標がある、と受け止めることができます。内部の浸透については研修と会議、朝礼唱和、外に向けては法人ホームページ掲載や玄関ホール掲示がありますが、利用者や家族への周知は課題です。</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・①・c
<p><コメント></p> <p>外部からのデータ資料は所属団体や、上位者が出席する行政関連の会議から入っており、政策並びに法改正の変遷に基づいた法人・事業所としての見解を整理、方向性を見極めていることは10ヶ年計画書から確認できます。地域の人口推移などとともに実際利用状況については延べ日数や在所率を算出しており、例えば入所希望待機者のキャンセルや保留対策として診療情報提供書の作成依頼など「在所率の安定に努める是正策が速やかに動く」といったことが日常にあります。管理職定例会を軸として上は理事長報告会、下は特養主幹→指導職ミーティング・特養ミーティングを通じて情報が流れていますが、必要な項目を幾つか定め、外部の各種会議や定期購読誌からの情報を整理するシートがあれば、なお共有が促進されと考えます。</p>		
3	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組みを進めてい	a・①・c

	る。	
<p><コメント></p> <p>管理職定例会では、職員体制、各種委員会関連事業（※）、就業環境、事業計画に基づいた実践状況の確認、次年度予算などが協議され、具体的な課題や問題点を明らかにしています。理事長報告会にて理事長には事業内容を届けるとともに、理事会では次年度予算の承認、施設運営に係る決定に必要な情報があげられ、役員間での共有は図られています。また年度事業計画に基づき、部署ごとの事業計画や個人の目標が設定されていることから、職員は「改善すべき課題」について具体的な実践につなげることはできていますが、大局からみた経営状況を理解、把握しているとは言い難く、周知・共有の方法については検討の余地があります。</p> <p>※委員会及び関連事業</p> <p>感染・褥瘡防止委員会、事故防止・虐待防止委員会、身体拘束廃止委員会、サービス向上委員会、人材育成検討委員会、地域貢献事業検討委員会、法人事業監査委員会等</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・④・c
<p><コメント></p> <p>長期計画については10ヵ年計画として策定されていますが、中期といえるものではなく、経年による地域の福祉ニーズの変化などではズレもでてくるため、「中期評価」で見直しを図っています。例えば認知症ケアの質の向上については認知症介護実践者研修への職員派遣数を定め、事業所独自の認知症ケアマニュアルを策定するとともに所内研修会、センター方式の理解推進 etc. と具体的な成果につなげるプロセスに抜かりはなく、また各目標について一つひとつ現状確認が成されています。ただしPDCAサイクルの内、PDCは明瞭なものの、Aへの検討・分析が弱いことから達成に時間を要しているものもあるため、事業計画実施進捗管理表の活用における工夫を期待します。</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・④・c
<p><コメント></p> <p>単年度計画策定の基盤になる長期計画が10年と期間が長いこともあり、単年度との距離は気になるところですが、「機能訓練時間業務1日30分の定着」というように具体的な数値目標が単年度の中に上がり、また具体的な取組方法の記載もあります。策定にあたっては各分野の専門職が中心となっていることから、現場に即して少し背伸びする程度の実現可能なものとしています。事業計画は数値化できるものばかりではないものの、事業計画実施進捗管理表で実践状況を可視化することで上位者、他部門の理解も図られています。稼働率や収支は可能な限り数値化させ、収支状況は年度中期に補正しています。</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・④・c
<p><コメント></p>		

「掛川社会福祉事業会10ヶ年計画書の第三章、所管別事業実施進捗と検証、特別養護老人ホーム」によれば、介護室、医務室、給食室、相談援助室などの各部署からの意見や年間計画を基に特養生活相談員が作成するとの定めがあり、各職種において作成した事業計画の素案を、生活相談員、特養主幹、施設長が集約して事業計画を策定しています。事業計画進捗管理表により、進行の把握は確実です。職員の参画については計画策定段階においてはパートタイマー職に向けてアンケートをとるなどがあることを期待します。さらに、上位者への報告では次年度へ向けた軌道修正など改良点への助言を受けてはいますが、評価・見直しにおいても職員を巻き込んだ組織的な取り組みになることが望ましいと考えます。完成した計画は年度初めに全職員に配付され、人事考課や朝礼など機会をみて都度発信され、意識継続を図っています。

7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a・⑩・c
---	-------------------------------------	-------

＜コメント＞
 事業計画はホームページを通じて広域に公示され、また広報誌掲載のほか玄関ホール入口にも置き、家族や来所者の希望があれば渡しています。要介護度3以上の利用者であり、認知症を患っている人もいることから直接の説明は家族にするのが適切なものの、本件のみの面談や参会はおこなったことがなく、サービス担当者会議で介護計画書を通じて取り組みへの理解を求めるに留まっています。毎月発行の「かけがわ苑だより」はフロア内への掲示や家族に送付されていて、紙面上で事業計画の実施について触れる箇所もあり、事業報告との形ではなくとも間接的に届いている事もあります。事業計画の中で利用者が参加できる行事についてはフロアにポスター掲示したり、マンツーマンとなれる入浴タイムを機会として伝えています。

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・⑩・c
---	---	-------

＜コメント＞
 サービス向上委員会が設置され、利用者アンケートなどサービス向上に向けた取り組みが推進されています。第三者評価は平成19年の受審以来で間が空いたこともあり、本年度受審にあたり第三者評価の幾つかの項目についてはプレ実施をおこなうほか、前回の課題としてあがっていた「標準的な業務の実施」は改めて各専門職種で標準化シートを作成するよう進めています。以上のような取り組みを一過性のものとしないう、年1回の自己評価、5年毎の第三者評価受審を計画にも位置づけています。現状は着手したばかりで総じて不十分のため、評価結果をもとにして組織的かつ継続的に福祉サービスの質の向上に取組む体制が整うことを期待します。

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。	a・⑩・c
---	--	-------

＜コメント＞
 今期新たに取組んだプレの自己評価では、評価項目に対してa b cをつけ、その右側に理由（根拠）を述べる欄を設け、さらに右隣には「上位レベルの引き上げに向けた取組み」を配したシートを作成のうえ、各職員に実施を依頼しています。サービス向上委員会では改善向上の動機付けとなることをねらいとして、結果を各職種や専門委員会へ届けています。またヒアリングにて明

らかになった課題を長期計画へ盛り込むことにもつなげています。「管理職定例会にて課題が上がり、その解決に向け各部署において改善策を策定する流れ」が組織的に定着していることから、「ダブルで平行するのか」関係性並びに位置づけの整合性を図ることも検討されたい点です。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>管理者は31年前に入職、平成4年に法人初の女性施設長に就任、当事業所を統括する立場となっています。長く事業所に勤務し続けてこれたのは法人のキャッチフレーズ「笑顔のわ」に支えられたおかげであること、笑顔の集まる温かな施設にしていきたいことなどを表明しつつも、女性らしい柔らかな文体で方針を示しています。有事における管理者の役割と責任及び不在時の権限委任については、「新型インフルエンザに対する事業継続計画」「新型コロナウイルスに対する事業継続計画」には該当すると読み取れる箇所がありますが、「風水害マニュアル兼事業継続計画」「地震対策マニュアル兼事業継続計画」にはないため、今後の見直しを期待します。</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・⑩・c
<p><コメント></p> <p>実地指導や身体拘束廃止未実地減算、パワーハラスメント防止のほか、身近で起きた火災や食中毒などに呼応した注意喚起など概ね月に10件前後法令に係る伝達事項を管理者は朝礼を通じて実施しています。また法令以外の事柄を含めそれらが時系列に整理され一覧で残されるとともに、ハラスメント2022年法改正、働き方改革、無期転換雇用など外部環境の変化、掛川社会福祉事業会各種規程変更などの内部改正に対応する研修会を順次して、管理者としての責任の高さと職員指導への熱意も受けとめられます。更に管理者は衛生委員会の委員長を務めており、労働衛生面においては実践的に取組んでいることが確認されています。本件に勢力的に尽力していますが、管理者としては着任1年目ということもあり、「広く、深く」積まれることを期待します。</p>		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>サービス向上に向けた取組みとしてサービス向上委員会を管理者は立ち上げ（委員長に権限を委譲）、毎月の開催を通じて苦情や要望の対応、利用者の声や想いについてサービスへ反映できる仕組みをつくっています。委員会は、苦情の項目やサービス内容の項目を分類し、改善を取組む担当部署に具体的な取組み方法を説明、部署ではケアサービスや手順の見直しやフロア会議でミニ研修会を開くなどして是正を図っています。サービス向上委員会への定期参画はないものの会議録や次第による把握はあり、必要に応じて助言並びに出席に及んでいます。第三者評価事業への</p>		

<p>参加を促すほか、職員教育にeラーニングを取入れるとともに資格取得に向けた環境整備も推進されています。今後は協議から得た職員意見から改良されたケアサービスは「標準的なサービスマニュアルを変更する」に至る事を期待します。</p>		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a・⑩・c
<p><コメント> 毎月、理事長報告会や管理職定例会があり、予算と実績対比や課題抽出・改善に向けた協議の場に管理者は参加しています。また指導職クラスまでは利用率、売上を把握、職員で解決可能な範囲は指導職ミーティングで振るようして主体性を担保しつつ指示命令系統が整備されています。更に指導職はフロア体制やサービス内容を検討して常勤換算数を提示する役割をもち事業計画に反映させています。介護の生産性向上は一つの命題として、介護室職員がどのフロアの業務にも入れるようレベルアップを推進しており、利用者も標準化されたケアサービスを楽しんでいます。働きやすい環境整備については衛生委員会内で随時検討と改善対応が進んでいますが、今後は現在実施の「働き方意向調査」を高度化させた従業員満足度調査があることを期待します。</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。	a・⑩・c
<p><コメント> 人材育成検討委員会が設置され、必要な福祉人材に関する基本的な考え方、方針が委員会指針に記載されるほか、「人材育成指針」では、研修体系やキャリアパスに係る育成の指標などの基板整備があることが確認できますが、必要な福祉人材や人員体制について「過不足をシミュレーションする」「段階的に育成支援にあたる」といった主旨の具体的な計画の策定はありません。非正規職員含む全職員に働き方に関する意向調査を定期実施しており、またプリセプター制度・新任職員計画書を備えて、定着率を意識した取組みがあります。採用については介護フェアなどの他力だけでなく、広報誌「笑顔のわ」上で専門職をクローズアップさせたり、法人ホームページのリニューアルやブログでのアピール、実習生の受入れなど自力の取組みも精力的です。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・⑩・c
<p><コメント> 法人の基本理念に基づいた「期待する職員像」は、人材育成検討委員会の指針や職員育成マニュアルのほか、ホームページの求人情報（リクルートインフォーション）にも明示しています。「役割資格等級基準」が策定され、資格等級別の職位と権限・責任が一目でわかるようになっており、人事考課制度に基づいて年に2回の上司面談とともに人事考課シート（D o - C A Pシート）を用いた評価システムが定着しています。また配置や異動に関しては職員の希望を考慮するための異動調書をとっています。処遇改善加算においてキャリアパス充足要件の把握はあるものの、全職種に共通する取組みや加算算定の必要性、職員にとってもメリット・デメリット等を評価・分析するツールは未着手です。先々は、職務に関する成果や貢献度と処遇改善がリンクさせていくことを期待します。</p>		

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>労務管理の概要は「就業規則」「安全衛生管理規程」で明示され、「職務基準と業務分担」に於いて施設長が本件の責任者であることが確認できます。勤務表の作成など労務管理に関する責任者としては補佐職があたり、出勤日数や公休数、有給の確認・集計は事務員が担当、その内容は指導職員（補佐、主幹等）おこなう人事考課に係る年2回の面談に反映され、有給休暇の取得義務化を含む促進や短勤務の導入、時間外労働の削減、改正育児休業法への配慮によりワークライフバランスに応じた勤務につなげています（就業規則内に明記）。健康管理は衛生委員会が主体となり、職員の労働災害防止策として健康診断やストレスチェックを受けるルールが就業規則にも記載され、インフルエンザの予防接種は補助が出る仕組みをつくっています。また希望があれば事務局長への相談もできるほか、全国老人福祉施設協議会が運営する無料相談窓口（LINEアプリ）も職員に紹介しています。スポーツ交流や互助会など職員をささえるよう、合い言葉「笑顔のわ」に連なる仕組みがあるも、福祉人材の確保と定着の観点から組織の魅力を高める事には取組みの余地があります。</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。	⑩・b・c
<p><コメント></p> <p>「期待する職員像」については指針やマニュアルに刷り込まれ、人事考課制度に基づいた人事考課シート（D-O-CAPシート）を通じて目標管理が成されています。目標設定は「法人の方向性を踏まえて作成されている事業計画の内容を取り入れること」「役職資格等級に合わせた目標水準を目指すこと」「1年を単位にPDCAサイクルで実施すること」に照らして作成され、それらは上司との面談（年2回）でさらに精査されて次年度の取組みへとつながるよう図られています。また事業計画実施進捗管理表の活用にて目標に対するスケジュールリングと到達度%の入力が位置づけられ、進捗状況を可視化できる仕組みもつくられています。さらに上位者が事務業務分掌を核とした説明をおこなうことで、指導に個別差がでないようにも工夫されています。</p>		
18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>組織が目指す福祉サービスを実施するために、職務分掌、職務説明書にて役割や責務を明示するとともに、人材育成指針には「期待する職員像」が示されています。基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示してはませんが、職員研修規程を定め、運営上必要とされる資格取得に向けて助成措置をおこない、人事考課面接では職員へ期待する働きや人物像についても触れて職員のスキルアップを支援しています。また法人内研修のほか、福祉職の段階的育成に欠かせない介護職員初任者研修、認知症介護実践研修（実践者研修・実践リーダー研修）なども計画的に受講するように管理されています。外部研修は研修報告を通じて理解度や習得度を把握するとともに、次回以降の参加是非を検討する材料としています。</p>		
19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>介護福祉士、介護支援専門員といった専門職の資格のほか、認知症実践者研修や喀痰吸引等</p>		

<p>研修など受講有無は一覧記録がありますが、技術水準や知識を測るツールなどはなく、不十分です。新任職員はプリセプター制度というインキュベータがあり、新任職員だけでなく職員の経験度合いにより現場で差が生じていることが見て取れた場合は、先輩職員がOJTに入れる態勢を培っています。予め割り当て予算があり、職員の経験年数と習熟度に照らして派遣させる研修を各補佐が選び、外部での階層別も定例化しています。研修情報は施設内共有フォルダにて職員全員が閲覧可能で、かつ昨年からはeラーニングを取り入れ、職員が主体的に学べる仕組みを導入していますが、必要との判断で上司が勧奨することもあります。</p>		
<p>II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。</p>		
20	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント> 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢は、実習教育委員会制作「実習生受入マニュアル」の冒頭で事業所の本件に懸ける想いとともにつづられ、実習生担当職員または責任者として、介護実習指導研修を受講した職員3名を配置しています。「未来の福祉人材の育成と確保する」ねらいを踏まえ、専門職種の特長への配慮のみならず、多くの人が参与することでの刺激から社会性や人間性を養うことも併せて推進しており、事業所としても「スーパービジョン」や「マネジメント」の力を職員が伸ばす機会として副産物にも期待するWinWinの関係を築くよう工夫があります。また学校とは生活相談員が窓口となり、学校側も巡回指導と目標（毎日）の達成記録で習熟を把握、事業所との連携を担保しています。</p>		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
<p>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。</p>		
21	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント> ホームページや玄関ホールの掲示板の活用により、理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、決算情報が適切に公開され、また第三者評価の受審は前回から長く空いてしまったものの、今回は掲載予定です。相談窓口として「苦情解決責任者」「苦情担当受付担当者」を配置していることをホームページで広く知らせており、苦情内容はありがちな小さな事柄で、かつ認知症の症状に因ると思われるようなケースであっても1点も言い訳を述べず、真摯に改善を表明している点は清々しくもあります。コロナ禍の影響から外に向けた活動は難しいものの、法人内の地域包括支援センターは警察署や小学校への出前講座をこまめにおこない、法人全体としては存在意義や役割を示せており、広報誌「笑顔のわ」は配布リストに基づき学校や他施設、公共機関へと届られています。</p>		
22	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント> 経理、取引に関するルールは、組織事務分掌・経理規定・契約事務細則に定めがあり、のそれぞれ規程が定められていますが、役割は明瞭なもの権限範囲が見えにくいため改善を期待します。組織事務分掌は新任研修で配付され、他の規定についても共有ファイルにて閲覧できるようにな</p>		

っています。事務、経理、取引についての検証は、監事による半期ごとに内部監査をおこない、またさらに品質を担保すべく令和4年度より「事業監査委員会」を立ち上げ、適正な取組みかについて内部で確認をおこなう委員会が設置されています。外部専門家による監査の実施はありませんが、静岡県の実施指導と掛川市による法人監査が概ね定期でありいずれも2年ないし、3年おきに受けています。

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>地域との関わりは地域貢献事業検討委員会中心となり活動しており、「地域貢献委員会運営指針」を備えています。「地域貢献委員会運営指針」では改正社会福祉法に照らし、地域社会の期待をあらためて受けとめ、法人として関係機関・団体との連携をさらに高めていくことを委員会設置の理由として冒頭で述べています。利用者に向けては、ホワイトボードを用いて月間予定を伝えるほか、買い物支援(宅配サービス)、訪問理美容など生活に必要な社会資源を整備しており、手話サークル、車いすボランティアの協力を得て障害者支援も図っています。ボランティア(歌や踊り、手品、傾聴、シーツ交換等)の受入れはコロナ対策で中止していますが、花壇の手入れなど「ふれあい」がないものは継続しています。夏祭りや秋の祭典、ふれあい広場、菓子問屋による売店、福祉タクシーといった交流機会が減っている中、ウィズコロナとしての対策がより促進されることを期待します。</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。	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>ボランティア受入れ、学校教育等への協力への協力についての基本姿勢の明文化及び登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載された標準的なマニュアルの備えはありませんが、清掃ボランティアで長く関わってくださる団体やサマーボランティアにおける学生の受入れについて等、限られた対象者用の仕様書は作成されています。ボランティアに対してオリエンテーションの開催実績はなく、利用者との交流を図るうえでの配慮や留意点をまとめたものもないため、外部者を受け入れるにあたっての安全管理が不十分です。また実習生同様、学校関係は地域の人材育成への貢献とともに事業所にとっては将来の入職契機となるかも知れないとの認識をもって当ることを期待します。</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。	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>利用者個別の状況に対応できるように、静岡県、保健所、静岡県老人福祉施設協議会、掛川市社会福祉協議会、掛川市役所、地域包括支援センター、病院、福祉施設等の連絡先一覧を作成しており、介護支援専門員や生活相談員が地域連絡会へ参加しています。また地域の共通の課題につ</p>		

<p>いて協働した解決への取組みについての例は多くはないものの、「掛川市福祉なんでも相談」への参画は果たしています。地域におけるネットワーク化は未着手ですが、利用者のアフターケアという点では利用者家族のOB会など、今後の試金石となりそうなものはあるため、前向きな推進を期待します。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
26	Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a・⑥・c
<p><コメント> 地域貢献事業検討委員会が中心となり、会議室・車輛・カラオケ機器の貸し出し、健康体操・嚙下体操・アロマハンドマッサージ、介護保険制度説明などへの講師派遣などに取組んでおり、掛川市高齢者福祉計画等推進委員会を通じての福祉ニーズ收受の機会も得ています。また、法人内の掛川市西部地域包括支援センター（委託事業）、居宅介護支援事業、デイサービスを通じては地域住民の生きた声が入ってきています。他にも静岡県社会福祉協議会や近隣施設で構成する中東遠職種別研究会では事業所間で意見交換をおこなうことで新たな発見に至ることもあります。現状は地域貢献活動の副産物として福祉ニーズや生活課題が届いている成り立ちであるため、積極的という観点では事業所の主体的な取組みを望みます。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a・⑥・c
<p><コメント> 法人では「地域貢献事業検討委員会」を設置、指針に基づき地域貢献に取り組んでいます。本年6月には掛川社会福祉協議会主催の「フードバンク」に参画、地域の要請を受けて健康サロンに於ける講師派遣や、「掛川市福祉なんでも相談」では専門性を活かした役割を担ってきています。またソフト面だけでなく、事業所の多目的ホールを交流スペースとして提供するなどのハード面での協力体制もあります。地域貢献事業は社会福祉法人の一つの責務として、事業計画にも記載されるとともに、計画と予算の下、地域貢献事業検討委員会にて計画的に運営されています。災害など有事に向け非常食の用意等がありますが、独居や被災難民の受入れも視野に、一度机上訓練を実施することを期待します。</p>		

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
<p>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a・⑥・c
<p><コメント> 法人理念には「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」とあり、新規採用時研修にて説明するほか、人材育成検討委員会制作の職員育成マニュアル内において理念を紐解いた福祉サービスの実施が記載されています。利用者の尊重や基本的人権への配慮について職員が理解し実践するための取組みは、虐待防止委員会、身体拘束廃止委員会、安全管理部門委員会により策定された指針や規程の下組織的に推進されており、アンケートレポートを通じて自身や周囲</p>		

<p>の状況を振り返る機会も年2回程あります。また利用者への尊重の大前提となる「どの職員が対応しても同水準のサービス」については、標準化シートを作成することでその実現に近づけてはいますが、本件においては品質向上を推し進めるためにも評価・分析があることを期待します。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a・⑩・c
<p><コメント> 個人情報保護やマニュアル（個人情報保護規程、公益通報者保護規程、特定個人情報保護規程）が整備され、就業規則（職員服務規程）にもプライバシーの保護が謳われるとともに、新規採用時研修での説明もありますが、入職後は研修における位置づけはありません。ただし安全管理部門委員会の活動において、身体拘束防止に係る点で「虐待の芽チェックリスト」を介してプライバシー保護について自己評価する機会が設けられています。「トイレの内側カーテン・多床室の間仕切りカーテンの設置」「入浴時は極力同性介助とする」「肖像権などに係る事柄は入所時の確認を踏まえて一覧表を作成」など規程やマニュアルに沿った、サービス提供がおこなわれています。家族には重要事項説明書の該当項目でプライバシーの確保について説明していますが、同意書をお互いにはいないため、今後の導入を検討中です。</p>		
<p>Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。</p>		
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a・⑩・c
<p><コメント> 法人理念はホームページの法人概要ページや周年誌、広報誌などに掲載され、また広報誌は利用者家族、近隣の福祉施設、関係団体に届いています。また見学や契約段階では事業所を紹介する資料として、重要事項説明書の他に施設内設備やサービス内容を写真付きで用意しています。コロナ以前は見学や体験入所は希望があれば対応していました。現在は要介護であれば短期入所（ショートステイ）として受入れ、他のケースはコロナの状況を鑑みてとしています。利用希望者に対する情報提供について見直しをする機会を設けてはいたませんが、退所した利用者の写真の入れ替えをおこなう等最新のものとなるようにしており、広報委員会ではブログを通じて「笑顔のわ」を拡げていますが、書面資料はルビをふるなど見やすさ、理解しやすさについてさらに精査することを期待します。</p>		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a・⑩・c
<p><コメント> サービス開始時における福祉サービスに関する説明は、契約書や重要事項説明書を通じておこなっており、可能な限り利用者本人の同席を仰ぎますが、認知症を患う人もいて大半は家族意向で進められることは否めません。同意を得るにあたっては、誰にどのように確認したかは介護記録ソフト内の支援経過に記録しています。サービス変更時の説明については主に介護支援専門員が担当、例えばADLに係る内容であれば機械浴槽の写真や食事形態の撮影写真など視覚的にも把握しやすい方法で示しています。料金については単位や加算は掴みづらいため適用を考慮して予め計算した料金表を別紙で用意するほか、専門用語を避けてかみ砕いた言葉で話すよう努め、「不明点がないか」を都度確認しています。意思決定が困難な利用者への説明についてはケースバイケースのため、1本化ではなく選択肢をつくることを期待します。</p>		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福	a・⑩・c

	祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの内容の変更では、生活相談員、介護支援専門員が家族と利用者本人への説明にあたっています。大きく変更することは回避したく、心身への影響がないようできるだけ段階的な変更に取り組んでいます。当事業所在宅復帰または転所時は、その後の生活に継続性があるよう看護サマリーや食事情報を書面で引継をおこなっています。退所後も利用者情報は文書取扱規程に基づき5年間保管しており、家族が情報提供を望んだ場合にはいつでも対応可能としています。退所時には手続きのための書面や再入所の場合の事柄への説明のほか、今後の相談窓口の提示をおこなっていますが、相談窓口については書面化（可視化）することを望みます。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取り組んでいる。	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>利用者満足度調査の年1回の実施をはじめ、サービス向上委員会主導で利用者の満足度を高める取り組みが推進されています。介護記録ソフト内に「利用者の声・想い」名付けた項目を作り、毎月の委員会で苦情・要望・相談に該当するか、隠れた意向がないかなどの検討のうえ、結果は担当フロアや職員に伝える、という仕組みで是正を図るとともに、職員のモチベーションを高めています。サービス担当者会議は年1回以上開催しており、コロナ禍であっても面会の場を活用することで感染状況を見ながら実施に向け工夫しています。利用者満足度調査は聞き取り形式なことから、聞き取りの技術が影響されやすいため、研修があることを期待します。また家族会開催はこれまでもなく、更にコロナ禍で夏祭り、敬老会が内部開催となり、家族交流の場がない状況ですので、コロナ終息後には何らかの是正を望みます。</p>		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>「苦情解決取り扱い要綱」に基づき苦情受付担当者と苦情解決責任者が設置され、玄関ホールには担当者氏名、電話番号を記載したポスター掲示のほか、意見箱も置かれています。相談・苦情解決のフローチャート図が作成され体制は明らかなものの、係る資料を利用者家族や利用者などの関係者に配付し説明してはしません。ただ、関係性がよく直接相談苦情が入っていることはホームページの「苦情相談」の内容から確認できます。苦情・相談・要望を受け付けた場合は苦情相談要望記録票にて記録され、対応策は複数人で検討協議したうえで、利用者本人並びに家族へ謝罪をおこなうとともに、書式に従い、経過と改善策を説明しています。苦情内容及び解決結果の公表については、当事者に了承を得ることが定められており、確認をとって広報誌「笑顔のわ」やホームページを通じて公表しています。また改善が図られるように委員会内や特養ミーティング、各部署内で検討されていますが、標準的なサービス（標準化シート）への反映（改定）が恒常化することを期待します。</p>		
35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>利用者が意見を述べたりする場合の選択肢は次のようなものがあります。として、①職員への相</p>		

談②第三者委員（２名）の窓口③意見箱の設置④（市の委託）介護相談員の訪問があります。特に介護相談員は外部者なことから内部では気づかないことが挙がることもあります。①～④については契約時に説明が成され、重要事項説明書、ホームページのほか、第三者委員の存在は玄関ホールに掲示されていますが、その周知が十分でないためサービス担当者会議など定期の機会に改めて伝えていくことを期待します。利用者及び利用者家族が相談があった場合には、他の利用者と距離がとれるよう居室や相談室、多目的ホールなどを使っていますが、ちょっとした愚痴や話を聞いてほしい程度の内容はラウンジやフロアの一角を利用することもあり、概ね相談者の状況と希望に合わせています。

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・⑥・c
----	---	-------

<コメント>
意見箱の設置、アンケートの実施のほか、「利用者の声・想い」を通じて苦情にまで至らない小さな要望や想いを把握できるように職員に呼びかけ、その声は介護記録ソフトに入力されています。「利用者の意見を積極的に取り入れよう」と、サービス向上委員会でも定期的に利用者満足度アンケートを実施するなど組織的に動機付けをおこなっています。利用者並びに利用者家族からの要望が挙がった際は「即対応」「速やかな改善」を旨として、関係部署で今後配慮すべき点はないか検証し、各職種の代表者が出席する毎月開催のサービス向上委員会にて改めて協議のうえ、各フロア会議や医務ミーティング等の部内会議にて個々の職員へ伝達されています。要望は苦情相談要望記録票に記載し、マニュアルに沿って対応策の立案まで記入するように取扱い手順における標準化シートが作成され、必要に応じて反映・改良していますが、定期的な見直し実施はありません。「相談を受けやすくする」という点では「声かけ運動」など何らかの促進活動を期待します。

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・⑥・c
----	---	-------

<コメント>
リスクマネジメントの責任者としての明記はないものの、安全対策担当者は任命されています。また「事故予防対策マニュアル」の中で事故防止委員会の構成員を記載しており、施設長が事故対応責任者であることが確認できます。新任職員は事故防止委員会が執りおこなう事故報告書記入に係る研修を受講することになっており、その際には事故防止及び事故発生時対応指針、事故防止要綱、事故報告書選別（トリアージ）の説明も併せておこない共有を図っていますが、次の２点は実施がありません。①職員がマニュアルを日常的に確認する習慣はない②検証・モニタリングは委員会で実施されているが記録書面はない
事故報告書、ヒヤリハット報告書を通じて事例収集を進め、各部署会議内に留めず事故防止委員会が再検討することで部署間の連携も図られています。また係る取組み以前に「利用者の状態把握が的確であり、それらがケアサービスに反映することが事故防止の基盤」としてサービスの標準化に基づくリスクコントロールにも余念がありません。

38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a・⑥・c
----	--	-------

<コメント>
「感染症対策（予防・発生）に関する指針」に於いて、基本指針・多職種協働による事態対応・

<p>職員の教育・研修などが示され、感染予防及び発生時の総括管理は施設長としています。指針を基軸に「標準感染予防」「新型コロナウイルス感染対応」「結核対応」「感染性胃腸炎対応」「レジオネラ症予防」「インフルエンザ対応」「疥癬対応」のマニュアルを備え、対策の体制として感染症対策委員会が設置されています。委員会では指針に基づく役割として明記された「各種対応マニュアルの整備と見直し」の実施はありますが、新情報入手等発生に準じてであり定期的ではありません。各部署にはマニュアルが紙ベースで設置され、パソコン内の共有フォルダでも閲覧可能となっていますが、改訂時に読み合わせするなど周知への対応は不十分ですが、嘔吐や下痢に対する感染症の蔓延予防から、感染の初動対応についてはガウンテクニックも含み重点的に取組み、教育研修は丁寧です。</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している。	a・⑩・c
<p><コメント> 災害時の対応体制については、「地震対策マニュアル兼事業継続計画」が備わり、防災教育・備蓄・役割担当などが定められています。また防災委員会が隔月開催され、現在課題となっている職員間の相互理解や机上訓練を進め、マニュアルに留まらない取組みもあります。「風水害対策マニュアル兼事業継続計画」も整備されるとともに、7年程度前の大雨による被害を契機に掛川市洪水ハザードマップが各部署に配付されています。ただし、2つのBCPともに平成26年、27年作成で、経年劣化も考えられますので毎年の見直し（見直したら修正がなくても改訂日をいれていく）を期待します。利用者の避難場所、点呼方法は定め準じて防災訓練による見直しがあり、職員は「アンピック」を自身のスマートフォンへのダウンロードで安否確認や出勤可能かを確認出来るよう配しています。また備蓄については、地域住民との合同訓練や近隣の福祉事業所と連携構築の実現を通して、貢献可能な内容へと高めていくことを望みます。</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><コメント> 福祉サービス提供については標準的な実施方法を「標準化シート」にまとめ、文書化されています。標準化シートには、「トイレのカーテンや扉を閉める」「排泄後は消臭スプレーをおこなう」「居室の扉は閉める」「同性介助への配慮」など羞恥心やプライバシーに関する事柄が記載され、「私の暮らしシート」にも羞恥心への配慮について個別に記されています。標準的な実施方法についての見直し・評価の位置づけはありませんが、事故発生時や相談・苦情が挙がった折に改良されることはあります。人権擁護は全体研修並びに職員アンケートは定期的ではないものの実施され、令和4年度は介護部門として「人権擁護・プライバシーの保護」について研修会が予定されています。多面的な研修開催とプリセプター制度は職員育成につながっているものと受けとめますが、周知徹底の方策として不十分です。</p>		
41	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a・⑩・c

<p><コメント></p> <p>福祉サービスの標準的な実施方法の検証と見直しに関する時期やその方法は組織として定めはありませんが、毎月各部署内で開催されるミーティングで挙げた課題について検証や見直しが行われています。現状は問題が起きたときに対応する後追いであるため、今後は定期で福祉サービスの標準的な実施方法の検証と見直しがあることを期待します。また検証・見直しにおいて、職員の意見や提案が反映される機会がありますが、「個別の介護計画書の内容が必要に応じて反映される、ケースもある」との意識が不十分であることは改めて検討があることを期待します。</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>	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>「施設サービス計画書（介護計画書）」策定にあたり、施設ケアマネ（介護支援専門員）のもと、看護師や管理栄養士など部門を横断した多様な専門職種が参加する協議があることは「サービス担当者会議の要点」から確認できます。また低栄養状態のリスクがある利用者には「栄養ケア計画書」を通じて解決すべき課題と対策が明らかにされ、「私の暮らしシート」では利用者本人の「こう暮らしたい」のニーズとともに「暮らしにくさの要因」を探ることで、「私たち（職員）にできること（ケアの工夫）」を浮き彫りにしていることが認められます。支援経過記録やアセスメントをもとにモニタリングがおこなわれていますが、PDCAサイクルに乗せるための記録という点では未達です。支援困難ケースへの対応については部門を超えた助言が得られる体制にあるものの、事例検討ケース集を作成する等、今後の介護計画策定に役立つような取組みは不十分です。</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>	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>施設サービス計画書における手順は書面化されており、取組むべきことが明確です。更新については、計画書策定時と同じく介護支援専門員・介護職員・看護師・管理栄養士、家族（保証人）・利用者本人（参加可能な場合）をメンバーとして年1回（状態変化には随時）開催のサービス担当者会議における現状報告と話し合いを経ておこなわれ、家族には署名または押印にて承認を得ています。更新後の計画書は、複写をメンバーが各担当部署へ持ち帰り職員に周知していますが、方法は部署判断とされ統一されてはいません。看取りや転倒事故などによる急な変更については、サービス担当者会議メンバーである専門職で対応を検討後、家族の了解の下変更しています。変更点は介護記録ソフト内の「支援経過」に記録することで情報共有しているとのことですが、通常変更と急遽変更で職員の周知方法が違う点は、「現状のままでよいのか」改めて見直しを期待します。</p>		
<p>Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。</p>		
44	<p>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。</p>	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>支援内容の記録は介護記録ソフトを活用、決められた書式での記録を実施していますが、介護計画に掲載された内容の全てについて「実施した」との確認記録は不十分で、（例、食事摂取や水分補給等介護記録ソフトに項目が設けられて記録しているものもありますが、「歩行時には杖をつかう」と計画にあっても、「歩行時に杖をついた」との記録がない）改善課題に挙がっています。また</p>		

記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じない工夫についても取組みが薄いため、是正を企画しています。介護記録ソフトについてはチェック欄がないことで職員の確認状況が不確かであるなどと不具合があり、現状は補完方法で環境を整えています。抜本的な改良が求められています。情報共有はネットワーク上のフォルダだけでなく、特養ミーティングという多職種会議が毎月開かれ、また共有フォルダ内の「毎朝チェック」では連絡事項の閲覧有無が明瞭となり、全職種に連絡したいことが届いているかの確認もできます。

45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a・⑩・c
----	----------------------------------	-------

<コメント>

個人情報の管理については個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が「個人情報保護規程」のほか「就業規則」で整備され、また「利用者の記録の保管、保存、廃棄」については「文書取扱規程」に明記しており、別になっています。個人情報の持ち出しについての注意喚起は都度あるものの記録管理責任者の設置はなく、利用者のケースファイルが介護カウンターに置かれたままであったり、大切な記録の使用済みコピーが裏紙に使われていることもあり、職員への教育指導も課題です。整理整頓とともに個人情報はシュレッダーにかけ、裏紙に使用するものは必ず確認することなど、今回の受審を契機に徹底させていきたいとしています。なお、利用者や家族には契約時に重要事項説明書を通じて個人情報の取扱いについて説明しており、ホームページや広報誌における掲載写真の使用が可能であることを事前に確認しています。

高齢者福祉サービス版内容評価基準

評価対象 A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 生活支援の基本		
A①	A-1-(1)-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>アセスメントから施設サービス計画書（以下、介護計画書）に連なる通常業務のほかに、「私の暮らしシート」を導入しており、本件に積極的です。例えば、朝のラジオ体操で生活のリズムをつくる取組みやタオルたたみで家事リハビリを試みるといったことは当然として、昔から好んで食べていた嗜好品は、宅配サービスの利用や給食委託会社と協力し、献立に取り込むといった真摯な対応があります。利用者の自立支援として残存機能維持の為に、自身のペースで動くことができ過介助にならない対応を意識しており、特に排泄は立ち上がりの訓練も兼ねているとの考えもあり、またさまざまな感覚・意識、そして動作が複雑に絡み合っている生活そのもののリハビリとして「できるだけトイレで」を励行しています。コロナ禍で難しい時期もありましたが「家族と会う」機会の創出に努め、時節行事や花壇で季節を感じてもらえるよう配しています。以前には移動店舗で購買の機会もあったことから、さらに社会参加の場が膨らむことを期待します。</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・⑩・c
<p><コメント></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・⑩・c
<p><コメント></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。	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>日常生活の介護にプラスαの想いや希望を把握することがセットになっていて、「何気ない会話」「表情や動作の観察」「家族の協力を仰ぐ」等に留意することで「利用者の声・想い」の收受を職員が実践していることは、その声を介護記録ソフトに日常的に入力する取組みから確認できます。コロナ禍で外出が難しいと説得するのではなく、中庭に面するテーブルに外食店舗のような飾り付けをおこなうことで気分転換を図ってもいて、ウィズコロナの実践もあります。言葉遣いについては身体拘束廃止委員会・虐待防止委員会で6ヶ月に1回職員に対して「虐待の芽」と第したアンケートをおこなってはいます。「～ちゃん」との呼称は禁止でも家族から要望のあった愛称は許容されることは致し方ないとしても、さらにその愛称が職員間で統一されていないこともあり、尊厳にまで関わるものではないものの今後は接遇研</p>		

<p>修を位置づけることや、年1回実施の「利用者満足度調査」結果をサービス向上までつなげることなども検討材料です。また、認知症や精神疾患から職員も利用者の意向把握に迷うこともあり、アプローチからの反応から推量するに留まるケースも少なくない為、ユマニチュードなど何らかのスキルを共有することでモチベーションの支えとすることも一考です。</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>	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>個人情報保護規程・公益通報者保護法に係わる取扱い規程・ハラスメントの防止に関する規程・メンタルヘルスケアの取り組みに関する指針など利用者の権利擁護についての書面は整備されています。法人では安全管理部門委員会（事故防止・身体拘束防止・虐待防止等）が設置されており、原則禁止される身体拘束を緊急やむを得ず実施する場合の手續と方法は国基準に照らした書面を備え、取組む場合には事故防止委員会が担当職員を招集し、委員会の説明を受けて進めることで適切さを担保しています。また身体拘束廃止の未実地減算に係る要件である四半期毎の委員会開催（当事業所では隔月実施）や年2回の研修もクリアしています。契約時に重要事項説明書を介して本件の説明を利用者・家族におこなっていますが、防止と早期発見への具体的な取組み（例. 利用者が他の利用者の居室に入ってしまう）は十分ではありません。全職員への周知については数年前に研修会をおこなっていますが、コロナ感染症の蔓延予防のため全体研修はできなくなり、本年度はサービス向上委員会の議題にあげ、介護合同ミーティングにて権利擁護の研修会として代替としました。</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>	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>利用者の生活における意向把握は「私の暮らしシート」や「利用者の声・想い」を活用しています。室温の管理については、介護職員のリーダー番がその日の天候に合わせて判断のうえ、エアコン使用や換気調整をおこなうことが日課です。11月～4月は感染・褥瘡防止委員会から感染予防強化月間が発令され、加湿器の設置とともに毎日1時・10時・15時の3回加湿チェックをおこない記録もとっています。清掃は標準予防策として1日1回以上の湿式清掃を実施（コンタクトポイントは環境清拭クロス）、感染・褥瘡防止委員会にて作成したチェック表で記録も残しています。多床室フロアには大きな窓と中庭があり、個室フロアにも窓から天浜線の往来を眺めることができます。また現在はコロナの感染状況により面会方法（オンライン・窓越し・条件付き対面・看取り等）も随時変えて実施しており、「会いたい人に会える」よう工夫しています。テーブルはその人に合わせた高さとし、座面は姿勢保持機能のある体圧分散クッションで安楽に座れるように調整を図っています。コロナ終息後には利用者が伴う自宅でのサービス担当者会議開催など、これまでの暮らしに沿う取組みが</p>		

あることを期待します。

評価対象 A-3 生活支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A⑦	A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>特浴・テールウィンドウ中間浴・アビット個浴・個浴・シャトル・OG中間特浴といった6種類を備えており、福祉用具はシャワーチェアや滑り止めマット・タッチアップ・浴槽用手すり・回転盤等、利用者の心身の状況を踏まえた入浴形態や方法を検討、選択できるように整備しています。例えば、身長が高いことで膝が浴槽の縁に当たってしまう、座る姿勢が保持できず沈み込んでしまうといった利用者は中間浴から特浴に変更して安全を確保できています。また、カーテンやバスタオルをかけるといった羞恥心への配慮とともに、同性介助にも対応しています。ただし、現状シフト都合が優勢して完全対応は出来かねています。一方拒否の症状にはその人の好む言葉の投げかけや、マッサージでリラックスしてもらう支援をおこない、入浴前には血圧・脈の計測や体調確認をルーティンとしています。数値は介護記録ソフトに入力のうえ、熱発や血圧の高値などには医務の指導を仰いでいますが、事業所としての基準数値は決めてはしません。入浴が難しい場合はシャワー浴や清拭に切り替え、また陰部洗浄は1日1回以上おこない清潔を担保していますが、冬至の柚湯、誕生日のバラ風呂など、お風呂の質の高まりに向けたケアサービスが実現できるようハード面の改良を望みます。</p>		
A⑧	A-3-(1)-② 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	⑩・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の心身の状態を鑑み、気持ちよさや保清を優先するのか、リハビリとしての座位の伴う排泄とするのかは多職種で検討して方針を統一してあたっています。下肢筋力低下などで方法を変更する場合は、本人の意向とともに家族へ伝え、また移行によるリスクやトラブル回避のためにも経過観察にも重きをおいています。「尿意がある、ない」をはじめ一人ひとりの状態に沿った支援をおこない、1日の食物繊維摂取量を食事摂取基準の目標量で設定したうえで充足させてもいて自然な排泄を促す工夫も充実しています。トイレには両脇・手前に手摺りが付き、麻痺側に合わせることが可能な構造となっており、つかまり棒や転落防止のための前方開閉バーやコールボタン、保温便座、ウォシュレットが配備され、快適性と安全性の高さもあります。「トイレ介助」「オムツ交換」「ポータブルトイレ介助」は標準化シートにスタンダードが示されるほか新入職員にはプリセプターが付き、チェック事項を満たした上で介助対応を開始するといったヒューマンエラーを防ぐ取組みもあります。</p>		
A⑨	A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>自力歩行が可能な利用者は生活の中で歩くよう声かけに努め、手引き歩行が必要な人はトイレまで職員の支援で歩くことで1日の中に歩行を位置づけています。車いすは利用者の状態に合ったものを提供できるようナンバーリングのうえ1人1台提供しており、介護度の状況に対応できるようリクライニングの追補充も検討中です。自操できれば片麻痺であってもブ</p>		

レーキバーに筒を通して長くすることでブレーキ操作が可能になりますし、足を利用して自操可能ならフットサポートを外すといった工夫を以て「その人の有する力」を引き出すことや持続させていくことを推進しています。各フロアの出入口はバリアフリーで広く、廊下には衝突防止のミラー、センサーによる点灯等車いすでの移動がフォローされるほか、自立歩行が可能な利用者への配慮としてトイレ表示の明瞭さとともに居室や食事席については動き出しがスムーズとなるよう検討されています。移乗ではスライディングボードやイージーロールなどで安全につなげていますが、ピッタリの用具との出会いがない場合もあり、器具の不十分さは職員が工夫することで補っています。また1名の職員で可能なのか、スライディングボードを使用するか抱えるかなどの判断はこれまでのヒヤリハットや事故報告に照らし、また利用者本人に無理をさせないことを第一として取組んでいます。

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

<コメント>

「利用者の声・想い」や好き嫌いの確認を含む嗜好調査のほかリクエストも踏まえながら、季節の食材を反映させた献立はフロアにも掲示され、嚥下体操後に職員から「今日は～」とのメニュー紹介もあり、飲み込みが良くなった状態での想起で更に唾液分泌が進むよう図られています。厨房調理の惣菜は温冷カートで運び、炊飯はフロアでおこなうことで炊ける香りや配膳の音で家庭感を味わってもらい、また給食委託会社と連携して「みんなの日曜日」と題して、吉野家やココイチのメニューで外食気分を味わう日もあります。調理上の衛生については、大量調理マニュアルに沿った給食衛生管理の下、厨房内やフロアでの取扱いについて管理栄養士が指示をおこない、衛生管理帳票にて確認が成されています。食事時の配慮は、利用者の嚥下や体調で食材の大きさを替えるほか親しい人でテーブルを固め、偏った食べ方には声をかけ、自助具も検討するなど食事中に困った事やイヤな思いがないよう配慮しており、「自室で静かに食べたい」にも応えています。他にも主食はパンかご飯を選べ、土日にカップ麺が食べたいという人の食事の調整をしているものの、「セレクトメニューの日」の導入を期待します。

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>

食形態は常食・大刻み・中刻み・ソフト食・ミキサー食・ゼリー食など整え、心身の状況、嚥下能力を多職種（看護師・介護職員・管理栄養士）で確認のうえ、介護度3以上の状況を考慮して咀嚼や食塊形成しにくい食材の使用は避けており、食べにくいものは餡かけにするなど口腔内でまとまりやすくするほか、一度に量を摂れない場合には栄養補助食品を組み合わせています。食事のスピードは本人に沿うよう、食器返却を次の食事帯に見送るとか、配膳の順番を調整しており、ミールラウンドでは自助アイテムの有効性を含み摂取動作の観察をおこない、介護記録ソフトも活用して共有しています。いつまでも口からおいしく食事が食べられるようにソフト食の食事形態を確立する一方で、口腔内環境の維持として食事の最後にはお茶を飲用するなどの取組みもあります。水分摂取は目標値に向けゼリーなどの代替も用意、栄養状態は栄養ケア計画に基づく栄養ケアマネジメントを実施して、低栄養状態のリスクに応じて定期モニタリングに取組んでいます。誤嚥、窒息のリスク軽減のためにやっ

<p>護職員のフロアミーティングで、またハイムリック法・背部叩打法の2種類については職員同士で研修を重ねてはいるものの、非常勤職員や夜勤帯ヘルプ従事者はマニュアル説明に留まり万全とは言えません。</p>		
A12	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>口腔ケアについては、介護計画書に1日3回の実施を組み込み、今回の受審に伴う改善として日勤業務表には項目を設け、全員おこなったかの確認記録をとっています。利用者への啓蒙も必要として、虫歯や口腔環境不良による誤嚥性肺炎・歯周病・歯槽膿漏へのリスクをかみくだいた言葉で伝えながら職員が口腔ケアを支援していますが、職員研修や指導は此処4年程途絶えており、また歯科受診でも医師や歯科衛生士からの助言を受けているものの、口腔状態や咀嚼嚥下機能の定期チェックはおこなわれておらず、口腔衛生管理加算や経口維持加算の取得にも及んではいません。食事摂取ができない利用者にはスポンジブラシで、またうがいが多いときは口腔ウエットティッシュを使用、必要に応じて吸引器も使うほか、口腔ケアが苦手な人にはりんごやはちみつ味のジェルの歯磨き剤や保湿剤も試みています。摂食嚥下について組織としてどのように取組むべきかについては多職種で明確にしていく必要があると考えており、残存歯のケアや常食摂取の観点から口腔ケアを高めていくことを今後の目標としています。</p>		
<p>A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア</p>		
A13	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	⑩・b・c
<p><コメント></p> <p>褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）、（Ⅱ）を取得しています。褥瘡発生予防と早期対応のため「褥瘡対策委員会」を設置するとともに「褥瘡対策（予防・発生）に関する指針」を備えています。指針には予防と題されていますが特段明記はなく、「褥瘡予防対策に関する計画書」で予防への取組みは確認できます。ADLの状況、基本動作、排泄の状況を「自分でおこなっていない（or あり、なし）」が1つ以上該当した場合には計画を立案し、褥瘡予防ケアが始まることが明瞭に位置づけられ、研修も年1回実施されています。保清、紙おむつやパットの選定と湿潤環境への配慮、除圧アイテムやポジショニング表の作成、定時の体位交換とエアーマットの導入など治癒に向けた介護の取組みとともに、管理栄養士が栄養改善と体重改善を更に高め、看護師は褥瘡の状態に応じて個々の評価日を設定するほか、創部の処置や介護職員と臥床時間や離床時間を協議するといった多職種の連携を以て本件を適切に成立させており、協議した場合の記録は介護記録ソフト内に多職種協議事項として入力されてもいます。また今年度は褥瘡認定看護師を招いて勉強会が企画されてもいます。</p>		
<p>A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養</p>		
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><コメント></p> <p>喀痰吸引・経管栄養の実施については、認定特定行為業務従事者の研修を受けて届け出をしてある介護職員のみがおこなっています（令和4年7月1日現在13名、年間で2名の講習・実習をおこなうこととしている）。ただ介護職員による吸引は看護師不在時の応急的な処置としており、夜間必要時にも待機看護師が担当しています。実施手順は「介護福祉士実務者研修テキスト」に従い、当事業所の標準化シートを作成しています。事業所の体制として他の</p>		

業務同様、管理者の指示下で介護補佐が責任ある采配をしてはいますが、本件に係る責任者の定めと明記はありません。吸引の必要性が高い利用者の吸引指示書が嘱託医から出され、原本は医務内ケースファイルに保管、「介護職員等の喀痰吸引指示書（吸引・経管栄養は同じ指示書）」は半年毎に更新しています。胃瘻からの経管栄養は看護師がおこない（経管栄養を介護職員がおこなう事に同意は得ていない）、介護職員は口腔内のみ吸引しています。認定特定行為業務従事者の認定を得て届け出済みの職員は、一覧表で明確に判るように各ユニットに配付しています。医療的ケア教員講習を修了した看護師がおり、資格取得研修者だけでなく既取得者でも手技に不安があればいつでも指導を仰げますが、定期研修の運用は未着手です。

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

<コメント>

介護度3以上での入所であるため「予防」には取組んでいませんが、アセスメントに基づいた洗い出しをもとに介護計画書を作成することで、利用者の状況に合わせた介護サービスを継続して提供することにつながり、「維持」に係る活動に実っています。便秘気味の方は朝一番冷たい水を飲む、ラジオ体操第一を毎朝職員と一緒にこなうなどの「生活のリズムへの調整」があり、食事では彩りや嚥下など多面的に検討された献立が提供され、自助具や親しい人との食卓で「楽しい時間」となり、立ち上がりの訓練を兼ねるトイレは立位が保てるなら1名介助が難しくなっても2名介助で対応する「生活リハビリ」、タオルたたみなどの「家事リハビリ」のほか、ドリルや塗り絵の「レクリエーション」と、時間の構造化の伴う生活の基盤づくりに取組んでいます。リハビリテーションの専門職はおりませんが、麻痺や拘縮、筋力低下の状態を看護師がみながら歩数を増やすことや、入浴時の伸縮確認を介護職が日常的に実施しています。在所率アップも視野に本格的な機能訓練は加算にもつながるよう精査中です。

A-3-(6) 認知症ケア

A16	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a・⑩・c
-----	--------------------------------	-------

<コメント>

増加傾向にある認知症患者のケアのためには、人材を充足させることに加え従事する側が正しく認知症を理解することが求められており、当事業所においても職員を認知症実践者研修へ毎年派遣（年1、2名）、参加した職員が内部講師となって全体に波及させることにも取組んでいます。センター方式の「私の暮らしシート」のほか「利用者の声や思い」を通じて職員は「支持的・受容的な姿勢で関わるように」と理解はしていますが、一方認知症の症状から説明が届かず、本人の承認が得られているのか不明瞭な場合もあり、対応の塩梅がつかめずにいる職員をどのように組織として動かしていくかといった課題も持ち合わせています。行動・心理症状がある利用者の記録と検討は成されていますが、「一定期間の観察と記録」を基板としてマネジメントサイクルにのせ症状の変化を追いかけていくといったことにまでは至っていません。座席を固定、マスコットを置くなどの工夫で、視覚だけでなく愛着の点でも利用者本人に沿うように環境を整備するとともに、作品づくりでは塗る人、伸ばす人、ちぎる人と、その人のできることにあわせた役割を職員が上手に仕分けています。向精神薬の副作用としてどのようなものがあるのかとか、生活動作への影響などについては、嘱託医・

看護師・介護職員・介護支援専門員・管理栄養士など多職種で共有してはいますが、医師の処方に及ぶまでの記録が十分ではありません。

A-3-(7) 急変時の対応

A17	A-3-(7)-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	a・⑩・c
-----	---	-------

<コメント>

嘱託医の定期回診は週1回の為体調不良時には臨時的採血・処方に対応し、必要があると医師が判断した場合には家族、本人の了承を得たうえで嘱託医から総合医療センターや開業医へつなぐといった体制は定まっています。契約時に始まりサービス担当者会議や状態変化時にも確認する「容態変化時における意向確認同意書」を以て対応手順は家族や本人の了解を得ています。また事故防止委員会で作成した「急変時対応マニュアル」を以て、対応チャート、夜間帯介護職員・待機看護師間の連携、救急搬送手順を明確にしており、利用者の体調変化に迅速に対応できるように整備されています。毎日の検温、入浴前の血圧・脈拍測定、変調の気づきに因る臨時測定から看護師に異常を報告、介護と医務それぞれで介護記録ソフトに入力しています。他に状態記録としては食事量、排便回数、水分摂取量の入力もあり、ソフトを通じて過去に遡っての確認が出来、異変の兆候がどこにあったかの洗い出しも可能です。不明点は同僚である看護師に確認できてはいますが、体調変化時の対応や高齢者特有の病気にかかる研修実施は所内での定期開催はありません（フォローアップ研修がネット配信に入っていて資料として見ることはできる）。薬については薬事情報と処方薬を医務が管理しています。現場では事故防止委員会作成の介護職員投薬マニュアルに沿って服薬確認や介助をおこなっており、誤投薬の予防策手順書の備えもあります。

A-3-(8) 終末期の対応

A18	A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	a・⑩・c
-----	---	-------

<コメント>

契約時に家族には「当事業所では医療的な処置や酸素・点滴はおこなえない」「(コロナ禍などの障壁は要相談として)看取りには宿泊可能」など、重度化及び看取りに係る事業所の方針や対応などを説明しています。利用者に終末期の兆しがあった場合は身体状況を嘱託医や家族へ報告のうえ医師の意見を仰ぎ、家族の意向を確認した後、介護計画書の策定を含み今後の取組みについて多職種で検討しています。家族と取り交わす看取りの同意書はありますが、加算申請を現在はおこなっていません。手引き書の見直し等総合的な整備とともに今後要検討としています。嘱託医には回診以外では電話で状態を伝えて採血や往診につなげ、終末期でも家族が医療を希望した場合や急変時には救急搬送としています。平成29年に受講した「PDCAサイクルの構築による命のバトンリレー」という研修を経て意向確認書を作成、その後何度か見直しに至り現在の様式と成っており、看取りケア、終末期ケアについては2年おき程度なものの研修会をおこなっています。また令和元年にはグリーンケアを含むアドバンス・ケア・プランニング（ACP）研修を開催、終末期のケアについて学んでいます。職員に対する精神的なケアは未実施なものの、日頃のチームワークを土台に職員間のリレーションも図られています。「看取り介護に関する指針書」を備えています。手順も他の業務同様、標準化シートとして落とし込むことを期待します。

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・⑩・c
<p><コメント></p> <p>利用者の身体状態の変調や処遇の変更、要望による物品の購入など必要に応じて家族（保証人）へ連絡をおこなっていますが、定期的ではありません。身体介護の変更は介護職から、病状や受診に係る事柄は看護師や介護支援専門員が、また食事に関する内容は管理栄養士からの説明となることもあります。いずれも全て介護記録ソフトを介して共有しています。連絡については保証人である家族をキーパーソンとして情報の一元化を図るも、予め3名の連絡先を備えていることから、緊急時には他2名へ順次連絡手配が可能です。日常の面会やサービス担当者会議（年1回）では意向や要望の聴取のほか、利用者本人の状態報告をおこない、状況に応じて他にも話し合いの場を設けており、内容は介護記録ソフトに入力されています。コロナ禍でここ数年家族とは利用者本人だけでなく職員も疎遠気味なため、オンライン面会や窓越し面会・パーティションでの仕切り面会・面会者数や上限時間の設定のある対面面会など、様々な方法を試みつつ馴染みの関係継続を支援しています。「かけがわ苑だより」は定期発行ですが個別ではありませんし、利用者の様子を伝えるツールと家族面談は、毎月は難しくとも定期となることを期待します。</p>		

評価対象 A-5 サービス提供体制

		第三者評価結果
A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		
A20	A-5-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>（評価外）</p>		