

## 福祉サービス第三評価結果の公表様式〔高齢者福祉サービス〕

### ① 第三者評価機関名

(株)第三者評価機構 静岡評価調査室

### ② 施設・事業所情報

名称：ケアレジデンス東山	種別：軽費老人ホーム	
代表者氏名：小澤 優	定員（利用人数）：	29名
所在地：静岡県浜松市西区大山町 2957-1		
TEL：053-420-7001	ホームページ： <a href="http://www.keiseikai6001.or.jp">http://www.keiseikai6001.or.jp</a>	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成24年6月1日		
1. 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 慶成会		
職員数	常勤職員： 14名	非常勤職員 7名
専門職員	生活相談員 1名	介護支援専門員 1名
	介護職員 16名	機能訓練指導員 1名
	看護師 2名	
施設・設備 の概要	（居室数） 29室	（設備等）機能訓練室1・談話室1
	全室エアコン・洗面所・トイレ・ベッド付	レクリエーションルーム1

### ③ 理念・基本方針

#### (1) 理念

- 1) やさしく
- 2) ゆったり
- 3) よりそって

#### (2) 基本方針

- 1) 基本理念に基づき、入居者の視点に立ち、その人がその人らしい生活を営む事ができるよう支援していきます。
- 2) 入居者や家族・地域住民そして職員からもよかったと思われる地域No.1の施設作りを目指します。
- 3) アメーバ経営を施設職員全員参加で取り組む事により、継続的なサービス提供の基盤を確かなものとし、それを維持拡大できるよう、効率的な施設運営を目指します。

### ④ 施設・事業所の特徴的な取組

- 1) リハビリに特化した施設
- 2) アメーバ経営取り組み

## ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年11月1日（契約日）～ 平成31年2月28日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	0回（平成 年度）

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

#### (1) リハビリ特化型として機器を備え、専門職員による機能訓練がおこなわれている

リハビリ特化型として機能訓練室、作業療法士を擁し、機能訓練室にはリハビリマシン4台、平行棒、エアロバイク、手作り道具のサンディング（肩腕の運動）セラバンドがある。週2～3回一人ひとりに合った計画に基づきサーキットのような流れが構築できており、上肢の運動が少ないことが課題の利用者に「引く運動の機械はあるが、押す運動器具がない。体幹を鍛えるためには必要」と作業療法士の手作りで制作した器具からは本件への並々ならぬ熱意が伝わる。週2回の運動で車いすからシルバーカーで歩くようになった人もいるが、成果を求める一方でリハビリではなく気候の良い春秋は屋外散歩も励行して、生活の中の取組みにも心配りしている。

#### (2) 生活支援グループという中核を担うチームを設け、更にはそれが十分機能している

管理者（副施設長）と生活支援グループ（介護支援専門員、作業療法士、看護師、生活相談員）の5名が自然な形でチームとなり、意図的ではなかったものの結果として福祉サービス改善の為の具体的な取組みをおこなう体制が構築され、何かにつけ5人で随時協議している。普段からチームワークの良さが自慢で、「専門知識」を持つ「多職種」の気持ちが一つなことで、必要なことがその時にすぐ集まる「早い」対応につながっている。『介護メモ』と名付けた個別マニュアルはその力の集大成ともいえるもので、一人ひとりの利用者が望む関わり方、ケアの手順、耳を傾けてもらえる声かけ等わかりやすい説明が付され、利用者の満足につながっている。

#### (3) 「生活の楽しみ」としれ複数の活動メニューを提供している

少ない人でも月1回程度は面会があり、東京や埼玉の遠方からもあるも、当人にしてみると家族に見放されたと思う面もあり、事業所では家族との関係継続に配慮している。家族に会えない時間と気持ちを埋めるとともに「地域での暮らしの継続を」との思いが豊富な活動と選択の自由を設けたアクティビティを創出しており、書道・音楽・フラワーアレンジメント・華道・クラフト・俳句は毎月実施され、時には買い物ツアーも企画されている。また浜松市が運営する移動図書から毎月30冊（100冊まで可）程借り入れ、「恋愛ものが欲しいわ」とのウォンツの声が膨らむに至っている。「自分では読みたくない。聞くだけならいい」となれば読み聞かせをし、写真集を選ぶなど要望が日増し増えていくことが職員の励みにもなっている。

### ◇改善を求められる点

#### (1) 理念・基本方針の周知状況の確認

家族アンケートや定期的な面談の機会を設けるなどして、理念・基本方針の周知状況を確認することで、事業所の福祉サービスへの取組みが更に理解され、安心と信頼が促進されることを期待

する。

#### (2) 中長期計画の策定

法人全体の経営会議にて中・長期の話し合いは成されている。今後は当事業所として経営環境等の把握・分析結果を踏まえ、その実情のもとで理念や経営方針の具現化を図るための事業が効果的に実施できるような中・長期計画を策定することを期待する。

#### (3) 各種マニュアルの見直し

事故防止マニュアル、相談援助対応マニュアル、身体拘束等適正化マニュアル、防犯対策マニュアル、緊急時対応マニュアル、感染症予防マニュアル、業務マニュアル、苦情解決マニュアル、投薬マニュアルと必要とされる各種マニュアルを揃えてはいるが、現在見直しが定期でおこなわれていない。修正がない場合でも「現状に即している」と確認した日付の記載を期待する。

#### (4) 職員一人ひとりの教育・研修機会の確保

管理者と生活支援グループの目配り、気配りを以て現場職員に不足はないものと受け止められるが、今後は職員個別の育成計画の整備も含み、福祉サービスの質の向上に係ることとして職員の教育・研修が更に充実するとなお良い。

### ⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回が初回の第三者評価の受審でした。これまで施設内で行っていた自己評価を基にサービス向上に向け取り組んでまいりましたが、今回、第三者評価を受審したことにより、新たな気づきがありました。今回高い評価をいただいた項目については、それに満足することなく、更なる高みを目指し、評価の低かった項目、中長期計画の確立と振り返り、単年度事業計画の利用者及び家族への周知・説明、各種マニュアルの定期的見直し等々、ご指摘をいただいた内容を真摯に受け止め、また、その内容を施設職員に説明周知をし施設全体で、利用者、家族から信頼され、レジデンスに入って良かったと思っただけ、地域から信頼される施設となるよう、改善に努めてまいりたいと思います。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・⑥・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>創立者（理事長）が理想とする「やさしくゆったりよりそって」「入居者第一」「地域の人から信頼される施設に」は理念・基本方針としてホームページに掲載されており、クレド（※1）を携帯できるようカード化したものを全職員に配布のうえ、必ず1日1回読み上げるほか、会議の前にもクレドの一部を読み合わせている。毎日の読み上げは2名以上で実施、日付とともに当人以外の職員が記録するルールが慣行されている。またパンフレット、家族会資料に「やさしくゆったりよりそって」と刷り込み、利用者と家族へは契約時に基本理念、理事長の考えを口頭で説明、再び家族会の初回で話している。職員の周知度合いを測る機会について直接はないが、自己評価表の項目『言葉遣い、対応・態度、食事、移動・移乗、入浴、服薬管理、生活一般等』における、チェックの機会がある。現在間接的に図られている利用者・家族への周知確認が明瞭なものとなるとさらに良い。</p> <p>※1 理念を具体的にした信条や行動指針</p>		

##### I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a・⑥・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人のアメーバ経営（※2）は5年目となり、事業所の取組みとしても浸透している。法人管理層が外部研修に出席して動向把握し、毎月のアメーバ会議で発信、<u>運営会議→リーダー会議→フロア会議</u>と各部署に下りてくるものの、情報を入手するに留まっている面があることは否めない。</p> <p>※2 アメーバ経営では組織をアメーバと呼ぶ小集団に分けている。各アメーバのリーダー</p>		

<p>は、それぞれが中心となって自らのアメーバの計画を立て、メンバー全員が知恵を絞り努力することで、アメーバの目標を達成していく。そうすることで現場の職員一人ひとりが主役となり、自主的に経営に参加する「全員参加経営」を実現している。</p>		
3	<p>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。</p>	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;          本件については毎月の運営会議、アメーバリーダー会議でタイムリーに協議されている。待機者が減ってしまった時にも職員が「頑張って増やしましょう」と前倒しで動き出し、パンフレットを作成しなおしたこともある。法人で用意したパンフレットはそれまでもあったが、新たに活動の様子やイベント、日常生活の様子を詳しく掲載したものを加え、申込みにもつながる成果に実っている。また昨年からはまったベッドコントロール会議（各事業所代表者1名が出席、毎月開催）では各事業所の空室・ターミナル状況等を把握し、居宅介護支援事業所や地域包括支援センターと情報共有している。</p>		

### I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
<p>I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。</p>		
4	<p>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。</p>	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;          単年度の計画はあるが中・長期計画はない。</p>		
5	<p>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。</p>	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;          単年度の計画はあるが、中・長期計画に基づいて作成されていない。</p>		
<p>I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。</p>		
6	<p>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。</p>	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;          事業所の目標に合わせ、統括主任・主任・リーダーを中心に各部門の目標が定まり、また次年度の備品関係予算は職員からの要望も入れ運営会議にかけられている。またユニット会議→フロア会議→ユニットリーダー会議→アメーバ部門会議（運営会議）と段階を踏んで諮られ、ボトムアップに叶った組織的な取り組みが特長的である。さらに、早急に必要であれば補正予算を組み対応する臨機応変さも持ち合わせている。このように策定された事業計画は書面で職員全員に配付するとともに、運営会議で直に説明を受けた主任から各ユニットに伝達されている。</p>		
7	<p>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。</p>	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;          利用者へは行事計画を各月ごとに配っているが事業計画書は配布されておらず、大枠の説明はしているものの家族と利用者への周知は図られていない。今後は理念・基本方針と同じく</p>		

書面に基づいた説明があるほか、事業計画への利用者・家族の意見も聴取できると良い。

#### I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	㊤・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービス第三者評価の受審は初めてであり、事業所全体の自己評価を定期的におこなってはいない。また今回の受審における自己評価作成も副施設長1名でおこなったものである。定期的な自己評価（※3）等福祉サービス第三者評価基準の取組みはないものの、各事業所のトップが集まるアミーバ会議において、アミーバ経営に基づく福祉サービスの質を向上させる仕組みはある。</p> <p>※3 自己評価の自己は職員個人ではなく、事業所の自己評価</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	㊤・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス目標はアミーバ会議→アミーバ部門会議→ユニットリーダー会議→フロア会議→ユニット会議と順次現場に下り、実践→評価→振り返りは職員参画のもとで改善策や改善計画を作成する仕組みがある。</p>		

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

### Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	㊤・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職務分掌規程、職務分担表、運営規程といった書面での明確化は無論のこと、年度初めに法人全職員を対象に市内のホテルにて経営方針発表会を開催、各事業所管理者が順次決意表明をおこなっている。食事を兼ね取組み事例の発表や表彰もある会場には200名ほどが集まっている。職務分担表を備え、職務分掌は運営規程に記載され、有事（災害・事故）における役割と責任、不在時の権限委任は同じく運営規程に記載されている。</p>		
11	Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a・㊤・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法令については経営管理部が担当部署として機能し、ホームページには個人情報保護方針も掲載されている。管理者が浜松市の集団指導にも必ず出席しており、職員には年2回の面談</p>		

及び人事考課に係る自己評価項目を通じて意識付けを図っている。今後は介護保険や経営分野のほかにも、環境への配慮等も含む幅広い方面について遵守すべき法令を把握する取組みとともに、本件における職員の勉強会があると、なお良い。		
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>経営会議、アマーバリーダー会議、運営会議のほか、衛生・感染衛生委員会、事故対策委員会にも管理者が出席して現状把握に努めている。管理者（副施設長）と生活支援グループ（介護支援専門員、作業療法士、看護師、生活相談員）の5名が自然な形でチームとなり、意図的ではなかったものの結果として福祉サービス改善の為に具体的な取組をおこなう体制が構築され、何かにつけ5人で随時協議している。福祉サービスの質の向上について、職員の教育・研修が更に充実するとなお良い。</p>		

13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	㊦・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>退去後の迅速な入居者確保・待機者の増加に向け、各方面の居宅介護支援事業所にFAX送信をおこない、介護老人保健施設・リハビリテーション病院を回ることが綿密にできていることから、開設以来満床を継続している。管理者は入居稼働率100%、安定経営に尽力している。</p>		

## Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a・㊦・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>経営会議において在宅・施設等の各役職者が必要人数を話合っているも、年齢や家庭環境から数年後に退職が予測される数や新卒者採用等人材確保における具体的な計画については充分とはいえない。新入社員研修を経て配置後1ヶ月は先輩職員が伴走し、資格を持っていない場合は法人研修センターで開催している初任者研修への参加を勧めている。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	㊦・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年2回の人事考課並びに面談が実施され、面接では常日頃気になっている面、改善してほしい点を伝えている。また自己評価項目において、自身の評価と管理者の評価が異なる部分を説明して、現状の合意形成を併せておこなっている。経験年数が浅い職員には、励ましつつ「どのようにしたらステップアップできるか」を伝え、中には身だしなみの乱れや髭の指摘を素直に聞き入れて改善された職員もいる。</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	㊦・b・c

	りに取組んでいる。	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>希望休は公休も含め月に3日としており、月に一度は取得できている状況にある（有給管理は経営管理部がおこなう）。就業に関する個人面談は随時受け、副施設長又は主任が対応、産休・育休職員はいないが今後育休となる予定者がいる。以前には娘の出産のため休暇申請した職員もいて、リフレッシュ休暇も総め17日取得（就業規則に記載有り）でき、また現場職員の休憩時間確保のため副施設長、生活支援グループ（生活相談員、介護支援専門員、作業療法士、看護師）が応援に入る態勢にある。ストレスチェック制度の実施とともに経営管理部が窓口となり、メンタル面のフォローのほかパワーハラスメント、セクシャルハラスメントも相談できる仕組みがある。ほかにも健康診断、インフルエンザ予防接種（半額補助）、給食（食材料費のみ自己負担）といった健康管理支援があり、アイパッド導入は記録に費やす時間の削減につながっている。福利厚生では旅行、食事券、慶弔関係の割引もある「わ〜くん浜松」に加入するほか、今年度より法人内各事業所の親睦や地域に向けてのアピールも兼ね駅伝クラブを発足、応援員も含め40名程の構成員となり地域の駅伝大会への参加も果たした。当事業所からはマネージャーとして職員が加わっている。</p>		
<p>Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</p>		
17	Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	㊸・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>人事考課にも絡む自己評価115項目には「目指すことを持って介護していますか」と、意識を問う設問もあり、またレーダーチャーターでは法人内における自身の状況が把握でき、「期待する職員像」として職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。職員の目標については年2回の人事考課面談があるほか、職員アンケート（意向調査）が年1回おこなわれ、異動希望などが確認されている。</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。	a・㊸・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>新人研修は法人の経営管理部研修センター本部が担当している。配属後はトレーナーの下、新人チェックポイントに基づきABCチェック表を用いて「できているところ」「できていないところ」を確認しながら1ヶ月〜3ヶ月で独り立ちできるよう支援する仕組みがある。また法人主導で年間研修計画に基づいた全体研修が、当事業所内の地域交流室で順次開催されている。介護保険事業所に求められるプログラムを概ね揃え定期的に運営されるも、「職員の教育・研修に関する基本方針が明確であるか」においては書面化されておらずやや不明瞭である。</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・㊸・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>外部研修は研修センターから発信がありメールで知ることができ、奨励もしてはいるも今年度の実績は接遇研修に2名が参加したのみである（会議内で報告有り）。法人で執り行う年間研修が主となることが一般的にも関わらず、出席できる職員のみで複数回の開催はなく、参加機会が十分とはいえない。</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	a・㊸・c



	について体制を整備し、積極的な取組をしている。	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習生の受入れ窓口は経営管理部を通じて各部門に振り分けられていることから、「学校側と連携」ということは事業所として直接はない。今年度短大生1名の実習受け入れがあった。福祉関係の学生は介護支援専門員、作業療法士が担当者となっているが、本件に係る指導者研修は受けていない。利用者には館内放送や口頭で説明（掲示告知はおこなっていない）、家族には説明や連絡はしていない。</p>		

### II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページに理念、基本方針、提供する福祉サービスの内容、予算・決算情報等が公開されている。パンフレットは法人内事業所窓口、地域包括支援センター、市内に拠点のある協働センターに置かれ、年3回発行の法人機関誌「ヴィラージュ」は自治会で回覧、市役所出張所、公民館、入居申し込み者に配付している。「ケアレジデンスだより」は家族に届けている。苦情については事業所毎の件数のみ留まるも、法人機関誌を介して公開されている。</p>		
22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>経営管理部が本件における担当部署として、公認会計士による定期的監査が実施されるとともに事業所では内部監査をおこなっている。また法人は診療所、保育所と新規開設の度に公的審査を受けており、当事業所においても運営推進会議（※4）にて運営の透明性を確保している。ただし、事務や経理に関するルールや、職務分掌が明確にされ、職員に周知されているかという点においては工夫が求められる。</p> <p>※4 平成26年6月「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（通称「医療介護総合推進法」）が成立し、地域支援事業（市町村が主体で行う介護予防や生活支援のこと）の充実が示され、そのため当事業所にも地域との連携と事業所運営の透明性を確保するために、運営推進会議の設置が規定された</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>本年度初めて法人全体で秋祭りを催している。今までは「介護の日」（11月11日）に創立記念日として法人内で開催していたが、来年度25周年を迎えるにあたり、無料券つきチラシは大山、和地地区に配布のうえ小学校や自治会等地域にも広く知らせ、屋台・太鼓・吹奏楽・福引・スタンプラリー・射的と目白押しのメニューの中、オイスカ高校ダンス部の演舞には一際盛り上がりを見せた。地域との関わり方について文書化されたものはないが、避難場所として指定されてもいて、地域の河津桜を楽しむ『桜まつり』には法人としてみたらし団子等の屋台の出店を果たしている。また利用者には美術館の広告や高校吹奏楽演奏会のチラシを館内に掲示し情報提供している。</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・㊦・c</p>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人にボランティアとして訪問している団体・個人（※5）で構成される「けやきの会」を発足、日頃の労をねぎらい、ボランティア同士また担当職員との交流を深めるために、2年に一度「けやきの会感謝の集い」を開催している。集いではボランティア活動の紹介や、各事業所から利用者の反応などの情報提供があり、ボランティアからは「参加する人を集めてもらいたい」、「動場所の提案」「お礼の言葉が嬉しかった」等が寄せられ、次回に活かしている。今後は本件に係る書面整備が充実するとなお良い。</p> <p>※5 15団体は音楽療法、習字、フラワーアレンジメント、クラフト、コンサート、手品等多種であり、当事業所では音楽や書道、俳句などの団体、個人に依頼している</p>		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
25	<p>Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。</p>	<p>a・㊦・c</p>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ベッドコントロール会議として地域包括支援センターと定期的に情報交換の機会を設けるほか、運営推進会議内で地域参加者と情報共有がある。また家族、利用者の相談に対応できるよう、他施設・医療機関・病院等の資料が一冊にまとめられている。ただし、「社会資源を明示したリストや資料は職員間で情報共有されているか」については不十分である。</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>㊦・b・c</p>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉避難所等災害時に果たせる役割について地域住民と話し合う機会は運営推進会議を通じて得ている。また運営推進会議に毎回出席している看護師より、インフルエンザ・熱中症について地域へ発信、啓発も積極的におこなっている。地域からの要望に応え、民生委員の見学会も受け入れている。</p>		
27	<p>Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。</p>	<p>㊦・b・c</p>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>昨年4月より企業主導型保育所を法人が開設、職員だけでなく地域からの利用もあり、また本年より低所得者を対象とした診療所もスタートした。これらは地域のニーズを汲み取り、</p>		

当事業所施設長（理事長）からの発信で始まったもので、他にもサロン型ロコモーション（※6）、コミュニティーカフェ、子どもすこやかクラブ（※7）、子ども食堂等が近年次々とスタートしている。

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

※7 浜松市子どもの未来サポート事業の一環として始まったもの

## 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

### Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	㊐・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理念や基本方針の説明を通じて「利用者を尊重した福祉サービスの実施」について表明、ユニット会議やカンファレンス、全体研修でも接遇研修をおこない、昨年は外部の接遇研修に2名が参加するとともに職員の自己評価項目を通じて振り返りと向上の仕組みがある。折に触れ「サービス業という意識は持ってほしい」と伝え、「信頼関係ができたと思うと言葉遣いが崩れてくる。目を見て丁寧に」副施設長が目配り、声かけしている。</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供が行われている。	a・㊑・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>全室個室で持ち込み自由なことから、仏壇、冷蔵庫、趣味の絵画などが持ち込まれている。鍵をかけることができる設備となっていて、日中でも鍵をかけて生活する人もいる。電話も引けるが、現在使用者はいない。面会は居室でというのがほとんどだが、大人数なら相談室も使うことができる。スペアキーはあるが職員が勝手に開錠することはなく（夜間の安否確認を除く）、用向きがある場合は必ずノックを慣行している。写真掲載に関して契約時に書面確認をおこなうとともに利用者権利擁護規程の用意もあるが、見直しはおこなっていない。</p>		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	㊐・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページやパンフレットは備わっているが、説明の折に「わかりにくそう」と受け止められたので、入居時に揃えてもらいたい日用品を写真とともに書面化する工夫に取り組んでいる。パンフレットは法人各事業所窓口、病院等に置いてもらえ、法人機関誌「ヴィラージュ」（年3回発行）は自治会に配付、市役所出張所、公民館、入所申込者（待機者）にも発送している。また「体験してみないとわからない」という要望に応じて一日体験入居の機会をつくり、居室提供はできないものの昼食も味わってもらい日中の雰囲気を感じてもらっている。ホームページ検討委員会が本年より発足され、ブログは作業療法士が月5回更新を目指して力を注いでいる</p>		

(現状実績としては月4回)。ケアレジデンスだよりも「読みやすいように」と利用者には拡大して掲示、家族にも送っている。見学者には副施設長、生活相談員どちらかが対応、記録も残している。事業所の特長である機能訓練室の設備を観覧してもらいつつ、個人の希望を尊重してリハビリテーションに力を入れていることを説明している。「(法人内の他のサービス種別に比べると)料金が安い」という声も聞かれるので、開設当初より豊富な活動と選択の自由があり、書道・音楽・フラワーアレンジメント・華道・クラフト・俳句は毎月実施されている等を説明するとともに医療処置・点滴・胃瘻は対応できないことも伝えている。

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

<コメント>  
最も関心の高い利用料金については早見表を作成してわかりやすくしている。対象年収による階層区分を設定し、一目で概算が把握できるようにしたことは評価される。また生活に必要なものは写真で表示し、事業所でのサービスが提供できる範囲(どんな状態にまで入居できるか)については重点的に説明、入院時の料金や対応、退去後にかかる料金、一時金30万円についても丁寧に説明している。意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化が進むと、なお良い。

32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a・⑤・c
----	---	-------

<コメント>  
引継ぎ文書として決まった書面はないものの依頼があれば看護師がサマリーを、ADLについては介護支援専門員・生活相談員が、リハビリ関連は作業療法士が担当、それぞれの専門職が専門部分を担いフェイスシートを作成している。「施設を移りたい」という希望があれば相談に応じ、希望する施設には看護師、生活相談員等2～3名で出向いて本人の要望に叶うか多角的に情報収集している。在宅復帰のケースはこれまではない。引継ぎ事項を洗い出し、定型(ケースバイケースの欄は別とし)の引継ぎ文書が備わると良い。

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。

33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上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>  
家族会は年に2回定期開催され、10名ほどの参加がある。事業所からは副施設長、生活支援グループ(生活相談員、介護支援専門員、看護師、作業療法士)が出席している。本年は秋祭りに絡めての実施もあったが、常には毎回テーマを決め、食事の試食会やミキサー食の試食、どのような訓練をおこなうと機能回復につながるか等を紹介している。毎年、年度初めに収入申告説明会おこなうが、これまで提出書類でないものが上がることもあり、「分かり易さ」を工夫して内容を手直した。面会に全く来ないという家族はなく、要望や意見を求めても特にないものの、事業所側でも顧客満足度調査は未実施である。

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

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

<コメント>  
苦情解決マニュアルを備え、苦情申し立ての手段などについては契約時に説明のほか、玄関に掲示もある。各事業所管理者、理事長(当事業所施設長兼務)、第三者委員をメンバーとし

て苦情解決委員会が年2回開催され、法人機関誌「ヴィラージュ」に件数のみ公表している。「苦情を申し立てやすく」への工夫は不十分である。

35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a・㊦・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実績はないものの玄関に意見箱の設置があり「意見を挙げて欲しい」との発信はある。生活支援グループのメンバーは職員が適切な休憩がとれるようフォローに入っているため、同僚として肩を並べての関係作りを以て円滑なコミュニケーションが図られ、それらは利用者の居心地の良さにつながっている。また副施設長は努めて巡回を重ね利用者に声をかけ、話しやすい雰囲気をつくるよう心がけている。利用者の心配事や質問は「日中に解決できれば夜間ゆっくり休める」として「すぐに話を聴く」ことでまずは安心してもらえることを大事にしている。「意見を述べる相手を自由に選べるか」といった相談に係る説明文書を更に整備し、家族には相談日があるとなお良い。</p>		
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a・㊦・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>相談援助対応マニュアルには対応手順が示され、「対応困難な事例については多職種で、第三者委員の活用、外部相談機関、運営適正委員会、地域包括支援センター、区の長寿保険課などと共同して対応する」と記載があり、また「権利擁護に問題がある」と考えられる場合には「苦情報告をあげ苦情解決委員会を通して対応」又は「サービス向上シートに記入しサービス向上委員会を通して対応する」として、ルール化されている。ただし、マニュアルの定期的な見直しは成されていない。</p>		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	㊦・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事故発生防止のための指針、事故防止マニュアルを備え、急を要する時にも即座に事故対策委員会を開催している。平素は事故対策委員会を2ヶ月に1度開催、ヒヤリハット・事故報告・事例収集及び分析をおこなっている。大きな事故は起きていないが居室でのヒヤリハットがもっとも多く、都度本人の状態を検証して環境改善を図っており、「この状態からこのように変えた」と比較検討ができる記録の取り方をしている。特に新規入居者については慣れるまでは常に増して配慮している。誤薬防止には服薬カードを作成、顔写真と薬の写真で照合のうえ読み上げて確認、空き袋は箱に一旦入れるなど手順を決めて取組んでいる。薬情が小さくて見にくい状況がありA5からA4版に用紙の大きさを変えてもいる。運営推進会議でも事故報告おこなっている。</p>		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a・㊦・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症マニュアルを備え、感染衛生委員会は看護師を中心として3ヶ月に1回の頻度でおこなわれ、生活支援グループがメンバーとなっている。感染症研修は法人全体の年間研修に位置</p>		

<p>付けられ、更に感染症流行の時期をみて事業所内でインフルエンザ予防、ノロウイルス発症時を想定した汚物処理等を訓練している。勤務表作成時点で予定を組み、受けられない職員がいないように「全員参加」で臨んでいる。本件に関しては看護師の並々ならぬ熱意をもって「まず持ち込まない」を徹底管理しており、手指消毒及びうがい手洗いを表示のうえ、玄関において職員だけでなく外出から戻ってきた利用者も必ずおこなっている。冬季はうがい用のお茶を玄関洗面所に用意、面会者はマスク着用をお願いするとともに体調不良の場合には面会を遠慮してもらっている。また職員通用口には季節に応じた情報を看護師が掲示し、マスクの着用を義務付けしている。職員が罹患した場合は医師の治癒証明をもらってから出勤とし、職員の家族に出た場合も報告を徹底している。地域においてインフルエンザが流行したとなれば家族へ手紙で面会制限を連絡（ロビーは可）、食事前にお茶でうがいするほか、お買い物ツアーなどの外出イベントも中止して、水際で防御している。ただし、感染症マニュアルについては定期的な見直しが求められる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>防災訓練は事業所単独で総合防災訓練を年2回実施のほか、自主点検やAED、緊急対応研修など3ヶ月ごとに何らかの訓練や学習の場を設けている。担架を使っての避難・屋内消火栓を使った放水・通報装置・消火器の場所確認等をメニューとした訓練には当日勤務の職員が参加している。「2階建なことから階段を使っての避難が課題」として夜間想定も実施しているが、訓練未実施の職員の洗い出しはなく、消防署の立ち合いも得てはいない。自家発電があり、昨年台風被害においても非常電源で電子レンジ、冷蔵庫、電話は使用可能であった。非常食については運営推進会議で取り寄せた食品の試食会をおこない、ランタン等照明器具も追加購入しているも、消防署や自治会などとの連携体制は不十分であり、また管理者不在時の対応（自家発電操作等）は今後の課題としている。</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。	⑩・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p><u>ケアマニュアルは備わるも、それらは新人研修の期間（4日間）に習得すべき基礎というべきものであって、利用者個々に特性の違いがあることを鑑みれば標準化マニュアルは現場において不十分なものである。現場に対応できるものとして、当事業所では利用者本人を観察して記録したものを『介護メモ』に落とし込み、その人独自のマニュアルとして現場で重用している。したがって、標準的な実施方法は定まってはいてもサービスの提供にあたってはそれをそのまま提供するわけにはゆかず、個別マニュアルを以てより質の高いサービス提供が成されている。</u></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
<コメント>		

<p>業務マニュアルについては、「作成 平成25年2月20日」「更新 平成26年6月10日」との明記がある。リーダー会議で上がったものを運営会議で検討し、書面改訂したものであるが、これ以降見直しはおこなわれておらず、不十分である。</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	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。	㊸・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 初回アセスメントはフェイスシート、医療情報、入居前の面談を基に本人・家族の意向を汲み、生活相談員、介護支援専門員、看護師、作業療法士などの意見を集約、介護支援専門員が作成している。さらに介護計画書に基づき担当の介護職員が食事～排泄等、個々の日常支援の方法を一覧表にまとめた『介護メモ』をつくり、新人職員でも分かり易く実践につながる内容と成っている。</p>		
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。	㊸・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 入居間もなくは状況に合わせ1～2ヶ月で再アセスメントして計画を修正している。モニタリングは3ヶ月ごと実施し、健康面は看護師が担当、作業療法士・生活相談員・介護職員も其々の用紙に記録をとり、長期目標・短期目標は半年ごとに見直している。更新や見直し、体調変化に合わせて介護職員並びに専門職によるケースカンファレンスを実施、また併せてサービス担当者会議を開催、本人・家族を交え介護支援専門員が中心となり専門職とともに現状と意向を確認し計画の原案としている。改訂された介護計画書は変更点を赤ペンで記し介護職員に提示され、ケアチェック表の見直しがおこなわれるとともに変更内容が共有されている。ケアチェック表（アセスメントシート）が基軸となり、例えば「転倒を繰り返す」ケースでは作業療法士と看護師が協力し合い、ベッドの移動やクッション材をつけるといったことが速やかに可能となっていて、「多職種の専門知識」を有することで必要なことがその時にすぐ集まり「早い」解決に至っている。</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	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・㊸・c
<p>&lt;コメント&gt; 多くの介護保険事業所に先駆けてネットワークシステムを導入しており、日常の様子から医療や介護支援専門員への相談まで瞬時に把握できるようになっている。また、これまでは持ち場を離れてステーションまで行く必要があったが、アイパッドによりユニットで記録の打ち込みが可能となっている。特記事項は赤字で入力して伝達共有を図っているが、職員によって記述状況に差異が生じている（特記事項や気づきが少ない職員もいる）ことは課題である。</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。	㊸・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 個人情報取扱いに関する規程を備え、利用者の記録の保管・保存・廃棄、情報の提供、個人情報の不適正な利用や漏洩に対する対策と対応方法が定められている。また記録類は経営管</p>		

理部の係りとし、管理が一元化されている。採用時には職員に本件に係る誓約書を提出してもらうほか、利用者家族には契約時に書面を以て当事業所の態勢について説明をおこなっている。



## 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・b・c
<コメント> 【軽費対象外】		
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
<コメント> 【軽費対象外】		
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・㊦・c
<コメント> 精神疾患がある利用者の一人は俳句教室を楽しみにしており、「いつ？」とコール頻回なものの、その都度必ず丁寧に受け応え本人が安心して何度でもコールできるよう病状に配慮している。また自ら食事を摂ることができるにも関わらず安易に介助を求めて不穏になりがちな利用者には「あなたのことはいつも見ていますよ」と注目していることが伝わるよう気遣いしつつ、できるだけ自分で摂るよう支援してもいる。現状に満足せず、一人ひとり利用者の希望を把握し、運営会議等で生活支援グループが中心になって施設内で出来る活動メニューを増やすことに力を入れ、「小説の読み聞かせはどうか」など常日頃の雑談の中にもアイデアが挙がっている点には職員の真摯な姿勢が伝わる。買い物ツアーの実施はあるも、社会参加に配慮したプログラムや支援は十分とはいえない。		
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・㊦・c
<コメント> 法人の年間研修に接遇研修が位置付けられ、また今年度は外部への研修会に2名の職員が参加しており、視覚障害がある人には「急に体に触れない」など注意点を職員間で共有している。呼称は、名字で「さん」づけを基本とし、方言は禁止していないものの声のトーンや大きさにも注意、難聴の人にはどちらの耳の方が聞こえやすいかに留意出来ているかについても、訪問時に視認した。ただし、一部の職員の接し方や言葉遣いについては改善が求められる。		
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。	㊦・b・c
<コメント> 本年度の法改正に伴う身体拘束廃止未実施減算については、指針・マニュアルを整備したう		

え毎月委員会が開催され、年2回の研修等を完遂している。また法改正以前からリーダー会議、職員会議において本件は協議され、特に言葉遣いについて検討してきた。マニュアルは職員全員に配付されてはいるが各フロアに常に置いてあり、職員には折に触れ「目を通して欲しい」と伝えている。ベッドの位置（壁につけない）車いすの置き場所（ベッドから移れないように離しておく）など具体策は運営会議で話し合っている。

## 評価対象 A-2 環境の整備

		第三者評価結果
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A⑥	A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	㊐・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>全室個室ベッド、洗面、トイレ、エアコン付きである。動線確保のためにベッドの位置を変えたり、車いすを置く位置を考慮したり、トイレまで行くのが難しい場合にはポータブルトイレを使用する等快適に暮らしてもらえるよう検討している。3箇所ある各ユニットのコーナーに取り付けたミラーは出会いがしらの事故防止に役立っており、こういった改善は随時職員から挙がっている。居室担当の職員から利用者本人のリスクが予想されるとの進言があれば専門職（作業療法士、介護支援専門員、看護師）の意見も交え対策を考えている。入居面接では家宅や入院先等訪問しこれまでの生活環境を確認している。</p>		

## 評価対象 A-3 生活支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A⑦	A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	㊐・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>週2回の入浴とし、要望があれば週3回と増やし（ただし別料金）、一日1ユニットで4～5名が入浴するルーティーンとなるよう保たれている。入浴前にはバイタルを測定（心配な数字であれば看護師へ連絡）、脱衣室には暖房完備、浴室はパネルヒーターとヒートショック対策も整えている。一人ひとり湯を入れ替え、現在リフト浴を利用する4名については操作が安心して任せられる「〇〇職員に」というリクエストに応じている。同性介助の運用はできてはいるものの職員との相性は考慮のうえシフト調整し、「午前中」「午後がいい」の時間帯の要望にも対応し、長湯を好む人には体調に響かない程度に楽しんでもらっている。「介護メモ」には脱衣所までの移動方法・着衣・脱衣、浴室までの移動・洗髪方法・洗身方法・浴槽の出入り、その他注意点等担当職員の記入があり「強くゴシゴシ洗ってほしい」といった新人職員にもわかりやすい説明が付され、<u>利用者本人の入浴方法を丹念に洗い出すことで個別サービスの提供に寄与している。</u></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	㊐・b・c

	いる。	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ナースコールが設置されたトイレが居室内にある。介助が必要な人は多くはなくトイレまでの誘導や衣類の着脱介助が主で、オムツ使用者及び立位介助が必要な人は数名ほどである。ベッドの位置とトイレ（Pトイレ含む）までの歩行を作業療法士が確認し「どのような排泄が本人にとっていいのか」担当職員と作業療法士で協議のうえ介護メモに掲載、個々の自立度、排泄用品を明記、支援の方法が分かり易く情報共有されている。便秘については逐一ではないが把握できたなら記録に残し、看護師の判断により下剤、摘便等が施されている。毎年看護師が講師を務めノロウィルス対策や汚物対処の方法を学ぶ機会を設け、便器が汚れたら都度清掃を徹底しており、ノロウィルスの発生はない。</p>		
A⑨	A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	㊟・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>数歩でも足が動いたら、すぐに支えられる位置で介助して出来る限り自身の力での移動を支援することを旨としている。また車いすの場合でもトイレまでは歩行するなど、歩く機会を作っている（29名中、常時車いすは4名）。移乗移動のために利用する福祉機器は車いす・歩行器・シルバーカー・ベッドのL字バー・入浴リフト等で、これまで使い慣れた機器も改めて最適かどうか作業療法士が見直し、更によりよい福祉機器があれば家族にも相談、多職種も加わり話し合い本人に合った機器を選択している。シルバーカーに重りを入れてバランスの調整をおこなうほか、自宅でシルバーカー使用だった人が入居後歩行器を試し、安定歩行につながった例もある。またヒヤリハット報告が挙げれば事故防止のため即座に作業療法士・看護師・現場介護職員が協議後、居室や共用空間の環境を整えている。</p>		
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・㊟・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>真空パックでの半製品を電子レンジやスチームで調理し、温かいものを温かいうちに提供、お粥等高温のものは火傷しないようにと頃合いを見計らって食卓へ運んでいる。おせち料理で新年を迎え、雛まつりにはちらし寿司、クリスマスはエビフライと行事食も豊富で、全国各地の郷土料理や毎月のお楽しみメニュー、誕生日企画のほか、コロケパーティーやユニット毎に餃子作り等で食事レクリエーションもおこなっている。年に一度嗜好調査を実施、「硬い」「味が薄い」等具体的な意見を給食会議（※8）に活かしている。相性の善し悪しで席の工夫もおこない、病気の時を除き全員がリビングで食事を摂っている。顔を合わせたくない利用者同士や「ニュースを見終わって食べたい」の要望にも応じ、時間をずらしてリビングに出てくる人もいる。衛生管理マニュアルを備え、食器類は食器乾燥機で衛生管理され、食卓は除菌水で拭き、手洗いも徹底している。過去にインフルエンザが流行した年があり、以降徹底してマスクを推奨、汚物処理の研修も年1回以上おこなっている。食事そのものについて嗜好調査及び今回の利用者調査においても満足度が低く、改善への取組みが利用者の求める高い水準に合わせて機能していないと考えられる。</p> <p>※8 給食会議は給食委員2名と加工食品業者、また法人内で同じ業者と取引のある事業所で毎月開催されている</p>		
A⑪	A-3-(2)-② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っ	㊟・b・c

	ている。	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>誤嚥や窒息等、リスクや状態変化がある場合は作業療法士、看護師に相談して対策を早急に検討している。箸の握れない人には補助具を使用、食器でも「ワンプレートで動かないタイプがよいかも」と試したり、食器や補助具を変更した場合は定着するまでは話し合いを繰り返すとともに、他利用者の視線もあることから本人の力で食べられるよう支援している。食事量、水分量はインアウト表で把握、<u>栄養スクリーニング（※9）</u>もおこなっている。</p> <p>※9 日頃、栄養素が足りていない人はいるがそのことに気づかず、その利用者の状況にふさわしいケアがされていないことがあるという課題から設定された取組み</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。	㊟・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>口腔衛生管理体制加算算定をおこなっている。毎月歯科衛生士が口腔内をチェックし、治療が必要な場合は歯科医と連携を取っており、職員も口腔ケア指導を受けている。義歯が合わずに歯科医を受診し、調整してうまく噛めるようになった改善例もある。口腔体操は管内放送で一斉に取り組んでいて、利用者の中には意欲的な人いる。</p>		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A13	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>【非該当（利用者の心身の状態による）】</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>【非該当（実施していない）】</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。	㊟・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>リハビリ特化型として機能訓練室、作業療法士を配置し個別機能訓練加算を算定している。機能訓練室にはリハビリマシン4台、平行棒、エアロバイク、手作り道具のサンディング（肩腕の運動）セラバンド等、週2～3回一人ひとりに合った計画に基づきサーキットのようになしている様子を視認した。上肢の運動が少ないことが課題の利用者に「引く運動の機械はあるが、押す運動器具がない。体幹を鍛えるためには必要」と作業療法士の手作りで制作した器具からは本件への並々ならぬ熱意が伝わる。機能訓練室の中央にベッドを置き、ベッド上で臥位になっておこなうのが一般的だが利用者本人の希望から居室でおこなうこともあり、許容範囲を広げ兎に角「やってもらう」ことを大切に支援している。「やりたくない」という人にも「週1回は必ず」と声をかけ、集団体操（ラジオ体操）には仲間で誘い合って定期的に身体を動かすことを奨励している。体重を気にしておやつを削るより「運動」とし、健康維持に役立つとともに生活リズムも整い、張合いとしていく人もいるが、職員の関わりでは「イヤ」との気持ちが動きにくい場合は家族にも応援を依頼、家族の勧めから取組む気</p>		

になった利用者もいる。機能訓練計画書は3ヶ月に1度更新、現状把握は連絡ノートでおこなわれ、月2回の訪問診療を通じて医師の指導も得るほか、家族意見も尊重している。週2回の運動で車いすからシルバーカーで歩くようになった人もいるが、成果を求める一方でリハビリではなく気候の良い春秋は屋外散歩も励行して、生活の中の取組みにも心配りしている。

A-3-(6) 認知症ケア

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

<コメント>

精神科受診利用者については医師・看護師と連携し内服薬の微調整で穏やかに生活できるよう支援している。離設があった場合はその都度、勤務している職員で集まりユニット会議を開催、さらに専門職への相談や運営会議でも取り上げ、原因と対策を協議するなど事業所全体で検討するとともに、帰りたくて不穏になるがすでに自宅がない人は娘に電話することでいつでも安心できるといった例もあり、家族の協力も仰いでいる。またお金の心配など現場の職員だけでは対応できないケースには、立場が代われば納得してもらいやすいとして副施設長から説明することで都度円満に解決している。また身体症状については看護師に相談して回答を得ている。本件における研修会の実施は不十分である。

A-3-(7) 急変時の対応

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

<コメント>

緊急対応マニュアルは1階2階其々にいつでも確認できる場所に置き、体調変化は看護師に速やかに連絡、指示を仰いでいる。早く気づくための工夫として、予測される状態変化を看護師が指示書で通達しており、例えば頭部打撲後、硬膜下血腫が疑われる利用者に対して、看護師より注意して見守るよう指示があったことから、脳トレの最中に書き方がいつもと違うと職員が気づき、早期発見できた事もある。協力医療機関、訪問診療医と個々に契約、通院介助は個別的な選択によるサービス利用料として有料となる。訪問診療は2週間に一度、本人に看護師・薬剤師が付き添い結果を医療記録に記載している。ほかには、歯科衛生士が月に1度訪問、簡単な治療は往診で可能であり、職員も指導を受けている。

A-3-(8) 終末期の対応

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

<コメント>

【非該当】

## 評価対象 A-4 家族等との連携

		第三者評価結果
A-4-(1) 家族等との連携		
A⑱	A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	㊟・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日常の様子を毎月のケアレジデンス便りにて家族には届け、また体調変化については即電話連絡している。面会では現場職員から直接状況を伝え、病状等医療的な事は医師から説明をしてもらっている。東京や埼玉在住の家族もいるが少ない人でも月に一度は面会があることは喜ばしいが、夏祭り、秋祭りなど行事案内に問い合わせがあったり、足を運んでもらえた例はない。それでも年2回の家族会には3分の1程度の参加を得ている。運営推進会議は代表者一名が出席（一年ごとに交代）くださる。</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>【軽費対象外】</p>		