

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

(福) 静岡県社会福祉協議会

② 施設・事業所情報

名称：きらら富士	種別：通所介護
代表者氏名：山梨 誠子	定員（利用人数）：35（79）名
所在地：静岡県富士市一色 258-47	
TEL：0545-23-1607	ホームページ：ago26060@seed.odn.ne.jp
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：2000年7月	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人県民厚生会	
職員数	常勤職員：6名 非常勤職員 8名
専門職員	看護師 2名 機能訓練指導員 1名
	生活相談員 2名 運転手 2名
	介護職員 7名
施設・設備 の概要	食堂 1カ所 1人当たりの食堂面積 128.57㎡

③ 理念・基本方針

(1) 理念

「きらら」とは、「心の通う憩いの場」わたしたちは、輝かしく過ごされたご利用者の半生に、深い尊敬と共感の心をお伝えしたいと願い、そのために、どんな時もきらきら輝く笑顔があふれている施設を目指す、それが私たち県民厚生会「きらら」全職員が共有する使命です。

(2) 基本方針

- 1) ご利用者の尊厳を守り、安心・安全な介護サービスを提供します。
- 2) 地域との交流推進を図り、信頼して頂ける施設運営に努めます。
- 3) 法人の理念や法令を遵守した経営に努めるとともに、職員が働きやすい職場づくりを目指します。

③ 施設・事業所の特徴的な取組

① 楽しみのある活動

きらら独自の施設内通貨「キラリ」があります。洗濯物たたみやゴミ入れ作り等のお手伝いや脳ドリル達成など様々な取り組み後に、達成感を味わっていただけるように「キラリ」を渡しています。貯められた「キラリ」を使用して、施設内でのきららバザーでの買い物、カラオケや将棋、きらりんピック(運動会)、花見外出など好きな活動を選び使用できるようになっています。

フロア内には、折り紙や手工芸作品を常時展示しています。

利用者の希望を個別に伺い、100円均一の買い物外出や、移動販売での買い物も楽しんでいます。
また、地区の文化祭では、きらら音楽隊としてステージ出演もしています。

厨房職員が心をこめた食事を提供し、敷地内の畑でご利用者と育てた野菜も調理しています。毎月の利用者のおやつ作りや食後の「きららカフェ」での淹れたてのコーヒーも人気です。

② 理学療法士による機能訓練

常勤のリハビリ専門家のもとで、一人一人の目標や要望にそったリハビリメニューを実施しています。
また、自宅での生活に不安のある方には自宅訪問もしています。

施設周りには散歩道があります。季節の草花を楽しみながら、個々の歩行能力や目標に合わせ、短距離から長距離までの複数のコースを屋外歩行練習として実施しています。

③ 地域貢献活動

地域活動委員会を中心として地域活動の年間計画を立て、全職員が参加できています。毎年恒例の「きららまつり」を皮切りにして、地域の清掃活動を行う外、地域サロンに出向き、体操や口腔指導、レクリエーションなど、職員の専門性や特技を活かした活動をしています。

また、地区の防災訓練に参加したり、地域の敬老会がなくなってしまったため、きららにお招きして敬老会を開催しています。秋には地区の文化祭に参加協力、12月には、クリスマスコンサートを開催し、利用者手作りのプレゼントに喜んでくださっています。

活動の様子は、参加者の皆様に了解を得て、ホームページや「きららだより」に掲載しています。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和6年8月6日（契約日） ～ 令和7年3月31日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0回（ 年度）※初めての受審

⑥総評

◇特に評価の高い点

- * 質の向上に関して評価・分析する体制を、「業務改善プログラム」にて構築しています。
- * 運営の透明性を確保するための各種情報を、ホームページにて適切に公開しています。
- * 地域活動委員会が中心となって、地域貢献に関わる活動を実施しています。
- * 機能訓練士が常駐して、見守り基準一覧表や機能訓練計画書等を活用して心身の状況を把握した上で自立に向けた働きかけがされています。
- * 外部の経営コンサルタントによる業務改善への取組が導入されています。
- * 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に、日常生活で得意としている家事作業や趣味活動をグループに分かれて活動できるように工夫しています。希望した活動が叶うように複数の活動メニューから選択でき、機能訓練や口腔機能訓練なども個別計画に沿って実施しています。
- * 「きらら基準書」を作成して介護技術の資質向上に取り組み始めています。

◇改善を求められる点

- * 中・長期計画の策定が求められます。
- * 具体的な内容や、数値目標、具体的な成果等を定めた事業計画の策定が求められます。
- * 研修に関する基本方針や計画の策定が必要です。
- * 利用者尊重を明示した「倫理綱領」等の策定がなく、基本的人権への配慮について定期的な状況の把握・評価等が不十分です。
- * 情報管理システムが導入されていますが、一部の職員への負担の偏りや、紙媒体とも共存しているため作業が繁雑になっている点について見直しが求められます。
- * 実施しているが、記録として確認できない項目が見受けられたため、見直しや経過、実施の記録塔を書面で残すことが求められます。
- * 将来展望はあっても現在は実施されていない項目が見受けられたため計画的な事業実施が望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

当施設では「利用者を第一に」との理念を掲げ、日頃より職員が一丸となり事業運営に努めています。今後ご利用者や地域の皆様へのより良いサービスの提供に力を入れていきたく「第三者評価」を受審させて頂きました。その過程で、受審の前より進めていた「業務の見直し」も全職員に広がり加速させることができました。「第三者の視点」が加わり、見落としていた点に気付いたため、更なるサービス向上のために新たな試みにチャレンジしています。

現在の社会環境など、施設を取り巻く環境が大きく変化している中でも、取り残されぬよう与えられた課題として長期的な展望で取り組んでいこうと思います。

今回の評価を活かし、ご利用者の満足度を高め、地域に愛され、職員が働きやすい施設を目指していきます。

最後に、ご利用者からも直接の評価を受けられたこと、評価機関の皆様が丁寧に接して頂きましたことに感謝しています。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

第三者評価結果〔高齢者福祉サービス〕

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

a 評価…よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態

b 評価…aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組みの余地がある状態

c 評価…b以上の取組みとなることを期待する状態

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

高齢者福祉サービス版共通評価基準

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

Ⅰ-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	Ⅰ-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b
<コメント> 理念と基本方針が適切に明文化され、唱和や新年度研修が学びの場になっているが、わかりやすい資料の作成がないなど利用者や家族への周知が図られていない。(法人内にデイサービスセンターは県内3事業所あるが、各事業所それぞれ独自の基本方針になっている)		

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
<コメント> 日本経営(株)による「経営基盤強化に向けた経営分析」にて、事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析している。事業所としても、県老人福祉施設協議会やサービス事業所連絡協議会などを通して、社会福祉事業の動向や地域における数値把握などに努めている。		
3	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	b
<コメント> 「経営基盤強化に向けた経営分析」報告書に課題や改善への取組などを明示し、それを役員間で共有し、財務状況もホームページに開示されているが、職員周知の取組が不十分。		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	c
<コメント> 中・長期計画を策定していない。		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	c
<コメント> 中・長期計画を策定していない。また、事業計画自体も具体的な内容となっていない、数値目標や具体的な成果等の設定がなく、行事計画の明示もしていない。		

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	c
<コメント> 事業計画の策定と評価等をするための体制を定めておらず、職員等の参画のもとで策定されてもいない。また、職員周知は冊子配布にとどまっており、理解を促すための取組になっていない。		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	c
<コメント> 事業所からのお知らせや、お便り、ホームページ等での周知に努めているが、家族会等での説明がなく、分かりやすく説明した資料の作成がないなど、周知や説明の工夫が不十分。		

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。	c
<コメント> PDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組としては、アンケートや自己評価の実施をしているが、組織的に評価と結果分析等を行う体制整備をしていない。		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	c
<コメント> 課題を明確にし、計画的な改善策を実施する仕組みがない。		

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
<コメント> (有事も含む) 役割と責任は職務分掌表や防災文書に明示があり、会議等で表明しているが、不在時の権限委任等が不明確で、経営・管理に関する方針と取組を明確にした文書等はなく、役割と責任について広報誌等への掲載もない。		

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。	b
<コメント> 利害関係者との適正な関係を保持している。法人内にコンプライアンス検証委員会があり、「法令遵守チェック表」「法令遵守 点検・取組報告書」はあるが、法令をリスト化したものではなく、研修参加実績もなく、職員周知のための具体的な取組もない。		
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
<コメント> 職員アンケートにもとづいた、日本経営（株）が策定した「業務改善プログラム」で質の向上に関して評価・分析する体制を構築している。職員の声を聞きながら具体的な取組を指し示し、職員研修の充実を図っている。		
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
<コメント> 労務、財務等を踏まえ分析を行い、経営の改善や職員の働きやすい環境整備等に取り組み、職員には面談で意識形成に努めているが、経営の改善や業務の実効性の向上に向け、組織内に同様の意識を形成するための取組としては不十分。		

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。	b
<コメント> 「人材確保に向けた取組について」という方針はあるが、現在、有効な採用活動により、職員は充足していることから、人材の確保の計画はない。人材育成のプログラムはある。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<コメント> 「期待する職員像等」を明示し、(貢献度等の評価も含めた)人事基準を明確に定めた「職務評価制度の手引き」にて職員周知している。職員処遇について分析・検討等をしている。将来の姿を描くことができる仕組みとして「キャリアパス制度」がある。		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	b
<コメント> 労務管理に関する責任体制を明確にしている。職員の就業状況は「安全委員会」を中心に把		

握し、毎年、ストレスチェックを実施し、職員聴取等をもとに「安全委員会」が福利的な取組をし、全員「富士市勤労者福祉サービスセンター」に加入し、退職金制度として「資産形成手当」を創設し、5S（整理・整頓・清掃・清潔・躰）活動や「じっくりほっこり報告」などで、働きやすい職場づくりに関する取組を行っているが、悩み相談窓口がなく、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画もない（育成プログラムはあるが、確保関連の計画はない）。		
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
＜コメント＞ 「期待する職員像等」を明示し、適切な目標設定・面接が実施され、目標達成度の確認を行うなど、目標管理のための仕組みが機能している。		
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。	c
＜コメント＞ 研修自体は実施しているが、研修に関する基本方針や計画を策定していない。研修内容やカリキュラムの評価と見直しも行っていない。		
19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	b
＜コメント＞ ＯＪＴが適切に行われて、一人一回以上外部研修に参加し、一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮し、日本経営（株）の「QM カフェ」研修にも参加させているが、専門資格などの取得状況等の把握がなく、階層別研修などの実施もない。		
Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
20	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b
＜コメント＞ 「介護職員 実習受け入れマニュアル」があり、そこに基本姿勢の明示があるが、プログラムを用意は無く、指導者研修への参加もなく、学校側との継続的な連携を維持していくための工夫も行っていない。		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	b
＜コメント＞ ホームページに、事業計画や苦情の体制や内容等が適切に公開され、地域に対して、法人（事業所）の存在意義や役割を明確にするように努めているが、地域へ向けて、活動等を説明した印刷物や広報誌等の配布がない。（今回、第三者評価は初受審ですが、法人内で令和4年度に受審した評価結果は法人ホームページに公開されている）		

22	Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	b
<コメント> 取引等に関するルール等は、「規程集」に明示があり、職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知し、内部監査を実施しているが、外部監査等は実施していない。		

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	b
<コメント> 基本的な考え方を「地域における『公益的な取組』を目指す活動」に明示し、地域の情報はコピーして利用者に配布し、地域の人々と利用者との交流の機会（青葉地区文化祭参加など）を定期的に設け、地域における社会資源を利用する（移動スーパーなど）よう推奨しているが、地域行事に参加するため職員等が支援を行う体制は整備していない。		
24	Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。	b
<コメント> 基本姿勢を明示し、必要項目を記載した「ボランティア受け入れマニュアル」があり、近隣の小学校からの依頼にて職員が福祉の授業を行ったり、施設内見学や利用者と児童との交流の場を設けているが、学校教育等への協力について基本姿勢の明文化がなく、研修、支援も行っていない。		
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
<コメント> リストを作成し、職員の目につくところに置いてあり、民生委員と連携しデイサービス連絡会などに繋がっている。		
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a
<コメント> 民生委員との懇談会やデイサービス連絡会出席を通して、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めている。		

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
<コメント> 地域コミュニティの活性化に貢献すべく、地域活動委員会が中心となって地域貢献に関わる活動等を実施し、「地域における『公益的な取組』を目指す活動」に明示し、地域に還元する取組を積極的に行い、防災イベントを開催したり、地域の防災訓練への参加を通じ情報発信をしている。		

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。	c
<コメント> 理念や基本方針に「利用者を第一」とする記載がなく、利用者尊重を明示した「倫理綱領」等の策定もなく、基本的人権への配慮について、定期的な状況の把握・評価等も行っていない。(ただ、日本経営が作成した、標準的な実施方法にあたる「基準書」には、利用者尊重の姿勢が貫かれている)		
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。	c
<コメント> 利用者のプライバシーを守るよう設備等の工夫を行っているが、「個人情報保護規程」はあっても「プライバシー保護」に関する規程等はない。プライバシー研修も実施していない。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を周知していない。		
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
<コメント> 利用希望者には、丁寧な説明を実施し、施設見学については随時対応、お試し利用についても希望を伺い受け入れ、分かりやすい言葉や写真やイラストを使用したパンフレットも作成し、適宜見直しをしているが、資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。(2年前から置いてもらえなくなったそうです)		
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。	b
<コメント> 利用者の自己決定を尊重し、分かりやすい資料を用いて理解しやすいような工夫をしながら説明し、同意書も貰っているが、意思決定が困難な利用者への配慮についてのルール化をしていない。		

32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b
<コメント> 不利益が生じないように配慮し、終了後の窓口等も設置しているが、手順と引継ぎ文書を定めてなく、終了後に渡す相談方法や担当者についての説明が記載している文書も作成していない。		
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。	b
<コメント> 仕組みを整備していない。利用者・家族アンケートを実施し、その結果を開示したうえで、スタッフ会議で検討し、利用時の家族との話し合いの会も実施し、職員も出席しているが、そのスタッフ会議に利用者の参画はない。		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	b
<コメント> 体制が整備され、記録を適切に保管し、利用者等にフィードバックし、ホームページに公表し、福祉サービスの質の向上に関わることを第三者委員会で話し合っているが、苦情について説明した掲示物等がなく、苦情記入カードなどの配布もなく、意見箱も利用するには不便な高い場所に設置してある。		
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。	c
<コメント> 相談をしやすい部屋の用意はあるが、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書の作成・掲示がないなど、相談を述べやすい環境を整備していない。		
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	b
<コメント> 相談には迅速な対応を行い、いつでも相談しやすいよう利用者一人一人と話をする時間を職員が意識し作り、アンケートにもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組を行なっているが、アンケート以外に利用者の意見を積極的に把握する取組を行っていない、相談に関するマニュアル等も整備していない。		
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
<コメント> 事故発生時の対応と安全確保についてのマニュアルが有り、事故防止委員会を中心に研修会		

を実施した。事故防止委員として委員会に参加し検討後、議事録は各職員に個別レターボックスで配布または回覧で閲覧印に押印したことをもって確認を把握している。事故防止等の安全確保策の実施状況や実効性について口頭で確認していることは聴取したが記録がない。		
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
<コメント> 医療に関しては2名の看護職員が主となって行うことがマニュアルに記載されている。感染症対応マニュアルは整備されているが、感染症の都度変更しているためマニュアルの定期的な変更はない。施設内研修は感染症対策委員会主催で年1回開催し、デイサービスの職員研修では実務練習を行った。開催時の感染リスクを考慮して研修内容に組み込むため内容は変り、定期的でもない。感染症発生時の記録の綴りが有り。様子（状況、経過、対応）が記録されている。		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的にやっている。	b
<コメント> 防災対応マニュアルには、地震の場合、火災の場合、風水害の場合、富士山噴火の場合等の対策が綴られている。すべての職員に対する安否確認方法が周知されているかを把握した記録は確認できない。食料や備品についての防災備品台帳が有り、防災委員長が管理している。総合防災訓練実施報告書、年間防災計画書には消防署の協力が記述されている。		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	b
<コメント> 「きらら基準書」を作成し、標準的な実施方法は明文化されている。研修等で少しずつ周知を図っているところであり職員にはアンケートやチェック表で自己評価できる様になっているが細部まで実施に至ってはいない。		
41	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	b
<コメント> 毎月1回外部研修のコンサルタントによる指導が入っている。始めたばかりのため定期的な検討や見直しはされる予定の段階であり、職員や利用者からの意見や提案も反映していきたいと考えている。		

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。	b
<コメント> 通所介護計画書の作成は相談員がしていたが、きらら基準書のマニュアルに基づく進め方に変更する予定であり、手順は定められているが活用が不十分である。居宅ケアマネから通所介護計画作成の流れや個別ファイルへの綴じ方に関する手順は決まっていたが、ペーパーレスの場合の個別ファイルには対応しにくい。通所介護計画通りにサービスが提供できているかを確認する仕組みはあるが機能していない。現在支援困難ケースはない。		

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。	b
<コメント> 通所介護計画書の長期・短期目標及び目的とケアの提供方針・内容には期限の記載が有り評価・見直しがされている。見直しによって変更した内容は、朝の申し送りで伝え、システム入力による記録と管理をしている。実施計画を緊急に変更する場合の仕組みは、書面で確認できない。質の向上に関わる課題等を明確にするための手順書を整備したが未実施である。		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	b
<コメント> 通所介護計画書作成前アセスメントシートや生活機能チェックシート等が活用されている。計画書に基づいたサービス提供が実施されていることの検討記録が確認できない。職員によって記録の内容や書き方に差異が生じないように、管理者が個別に口頭で伝えているが研修では行っていない。組織における情報管理システムを導入して事業所内で情報の共有がされている。的確な情報の共有ができるために順次研修に組込む予定である。		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a
<コメント> 個人情報保護規定が策定されている。個人情報・虐待防止委員会が有る。施設内研修としてオンラインで「倫理プライバシー保護研修」を実施し、事後アンケートにより理解度を確認した。職員が個人情報保護規定遵守しているかは、確認アンケートを個人情報・虐待防止委員会が以前は実施したが三年前から実施していない。利用者や家族への説明は重要事項説明書で説明し同意欄に署名・捺印してある。		

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
<コメント> 朝の迎え時点で家族や本人からの希望や意向を聞き取り、職員及びケアマネジャーに連絡している。転倒転落アセスメントシートを活用し、一人一人の生活動態観察や家族からの申し出を参考にして看護師の見解を取り入れながら支援している。日常生活で得意としている湯呑み洗い・洗濯物干し・取り込み・たたみ・テーブル拭きなどの家事作業や趣味活動をグループに分かれて活動できるように工夫している。希望した活動が叶うように複数の活動メニューから選択でき、自由時間には自宅から持参して編み物をすることもできる。		
A②	A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	評価外
<コメント>		
A③	A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っている。	評価外
<コメント>		
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
<コメント> 言語でのコミュニケーションが多く、集音器や補聴器を使用している利用者はいる。聞こえにくい時にはホワイトボードの活用や筆談でも行っている。尊厳に配慮した接し方ができるように研修はあるが、一部の職員には口頭で注意する場面もある。利用者には帰り際に送りの順番待ち時間を活用し、職員と1対1で話せる機会を作っている。会話の不足している利用者には職員から常に言葉掛けをして、利用者から話したいと思ってもらえるように時間を掛けている。さらにジェスチャー等でも対応している。その都度対応していることは聴取できたが記録がされていない。		

A-1-(2) 権利擁護		
A⑤	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	c
<コメント> 高齢者虐待防止指針及び虐待発生後対応マニュアルが整備され、対応のフローチャートや管理者としての責務等が明確になっている。重要事項説明書で利用者や家族に説明している。職員研修会を実施し、アンケートに理解できたかの項目を記載し、参加者の理解度を掌握する取組をしている。高齢者虐待アンケートを行っている。全体研修会は年度で実施しているが虐待の議題では無い時がある。未然防止の取組チェックシートは整備されている。随時開催される身体拘束虐待防止委員会に参加した職員が、スタッフ会議で報告はしているものの定期的には実施されていない。		

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
<コメント> 自分たちの作品を壁面や玄関の装飾に活用している。希望により屋外の散策やグループホーム内の通路を歩く等の支援をしている。フロアから厨房の動きが見えるところは家庭的な雰囲気もある。ベッドはフロアの一角に1台、静養室に1台有るが、フロアのベッドには間仕切り・目隠しカーテンなどはない。帰宅まで椅子での生活で有り、複数人で足を投げ出す姿勢がとれる畳床などのスペースはない。		

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
<コメント> バイタルチェック表を活用し、看護職が体調に関してのアドバイスをしている。情報管理システム内の日誌に記録し、申し送り項目で介護支援専門員とも共有している。ヒートショック対策や、入浴剤の使用、浴室内壁面に風景や動物写真の装飾をする工夫をしている。尊厳や羞恥心への配慮では同性介護であり、一人入浴も希望する人は可能である。利用方法については ADL の改善が見られた場合等は機能訓練士との話し合いを持ち入浴方法の変更をして		

いる。入浴前バイタルチェックで血圧標準正常値を判断基準にして看護職の指導で入浴をシャワー浴・清拭・着替えのみ・中止等に切り替えた支援をしている。本人の拒否や一人入浴希望以外は職員は見守り介護を行っている。感染症等特段の配慮が必要な利用者の入浴も看護職の指導で入浴法や順番を変更している。家族への情報提供は連絡帳でのやりとりが多い。		
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
＜コメント＞ 心身の状況やその日の状態は、送迎時の家族からの連絡や看護師の排泄リズム管理表を活用して、自然な排泄への情報収集をしている。トイレは個室タイプで介助者が車椅子介助も可能なスペースが有り、通路も2箇所毎に分かれている。洋式便座には可動式の手すりがあり、状態に合わせて使用でき、洗面スペースも備わっていて、清潔に保たれている。排泄介助を2人で行う場合の実技研修を行って安全への取組をしている。自立のための働きかけとしては、排泄に影響する食事について及び排泄時の姿勢や呼吸法などの指導を行っている。排泄チェック表を活用してデーターをとり、観察結果に異常がある場合は看護職へ報告して対応をしている。心身の状況に合わせた支援方法についてのマニュアルに基づき実践開始したところで有り、検討と見直しには至っていない。マニュアルはあるが記録がない。尿意・便意を本人が訴えた場合は速やかに誘導対応をし、オムツ対応で且つ訴えができない場合は、静養室にて定時交換の支援をしている。家庭には連絡帳で伝えている		
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
＜コメント＞ 機能訓練士が常駐している。見守り基準一覧表や機能訓練計画書等を活用して心身の状況を把握した上で自立に向けた働きかけがされている。計画書の検討・見直しも行われている。福祉器具は杖、歩行器、車椅子等利用者の歩行及びADLのレベルに合わせて利用している。送迎サービスは各家庭の生活に合わせて時間を決定している。家庭での移動については送迎時における口頭での助言事例は多くある、特に手すりについての助言をして、介護支援専門員にも報告し、設置に進展したこと等居宅訪問報告書で確認した。フロア内にはテーブル・椅子が固定配置してあり、機能訓練のスペースも確保しているため空間が狭い。見取り図の相談室が静養室として使用され、玄関からスタッフルームへの通路にもなっていた。		

A-3-(2) 食生活		
A⑩	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	b
<コメント> 食事箋が有り調理師が食札を盆の上に置き、職員が盆ごと本人の前に運んでいる。行事食を月に2～3回提供している。活動時と食事は同じ席で固定している。食事中にはテレビは消すがBGMは流している。昼食前に換気、消毒、手洗い等についての決め事はあるが記録で確認できない。職員のための衛生管理マニュアルはあるが利用者のものは確認できなかった。		
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。	b
<コメント> 食箋の情報から提供方法を変えている。利用者の食事のペースは目視での観察で対応するが記録はない。自力摂取のために機能訓練士が小集団体操メニューに手の巧緻動作訓練を取り入れている。看護職が経口摂取継続のための口腔機能訓練を行い、水分摂取に関しても摂取量等時間を決めて提供している。誤嚥・窒息など食事時の事故発生対応マニュアルが有る。食事は外部事業者契約で有り、調理担当者と献立表のやりとりのみで利用者一人一人の栄養マネジメントは実施していない。家庭での食事については、体重測定値と変化の情報提供は行っている。個別に摂取するものがあれば、家庭から持参してもらうこともある。状況について介護支援専門員に報告している。利用者の食事全体の把握については訴えは参考に取り入れているが記録に残していない。		
A⑫	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b
<コメント> 口腔リハビリ加算の対象者のみには、口腔機能向上サービスに関する計画書を作成し、看護職が担当して、食後にケア及びチェックをし、家でもできるスポンジブラシでの磨き方指導等を行っている。その他の利用者には行っていない。食前の口腔・嚥下機能体操としてパタカラ、首、肩等の体操の他、唾液腺マッサージなどを実施している。歯科医とのやりとりは無く、原則家族に依頼して同行受診をお願いしている。家庭での口腔ケアの情報提供は連絡帳を活用して家族とやりとりをしている。		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑬	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a
<コメント> 褥瘡ケアに対するマニュアルを整備して、研修を開始したばかりである。褥瘡ケアの最新情報は、看護職が研修に参加してその資料をプリントして職員に配布した。現在対象者がいないので実施していない項目がある。		

A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A14	A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	b
<コメント>なし 該当する利用者がいない。		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A15	A-3-(5)-① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	b
<コメント> 利用者が生活の維持や介護予防に対して、主体的に取り組むためのレクリエーションや集団体操を日課として実施している。理学療法士の有資格者が機能訓練士として常駐しており助言や指導ができています。一人一人に対して機能訓練計画書を作成し、活動及び評価・見直しを行っている。判断能力の低下や症状の変化に気づいた場合、家族がかかりつけの医療機関に連絡をするように連絡帳または電話で依頼して、結果の報告を受けているので、緊急の場合以外は医療機関に連絡はしていない。介護支援専門員と共有している。自宅や地域での活動としては、地域対象の健康教室やサロン等を開催した。		

A-3-(6) 認知症ケア		
A16	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b
<コメント> 現在 BPSD の利用者はいない。生活機能チェックシートや通所介護計画作成前のアセスメントシートを活用した情報の収集と分析を行っている。職員は、接遇マニュアルに沿った研修と自己チェック表で振り返り、支援している。職員全員が最新の情報を得る研修会は実施されていない。落ち着ける環境作りでは本人が目に入って気になる物は整頓しておく。または座席の配置換えを行う対応をしている。利用者一人一人の症状に合わせたレベルでの手作業、手芸、得意な作業ができるグループへの参加を働き掛けている。サービス利用時の様子は連絡帳で家族に伝え、家族からの相談にも連絡帳でとやりとりしている。		
A-3-(7) 急変時の対応		
A17	A-3-(7)-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	b
<コメント> 基準書 5 「利用者の体調変化に応じた対応編」はあるが看護師の指導を受けている。日々の健康確認はバイタルチェック一覧表に記録がされている。膀胱留置カテーテルの利用者などは看護師が来所時や日中の様子を目視観察し、早く気づくようにしている。毎年度、産業医の全体研修は実施しているが、健康管理や薬の効果や副作用についての研修は年度により未		

実施である。体調変化時の対応については「きらら基準書」はあるが、職員への周知徹底及び理解度を把握できない。服薬については、朝の時点で持参したか昼の時点で飲ませたかをバイタルチェック表に記入している。異変があった場合は連絡帳に記述し家族に伝え、それらの内容を記録に残している。記録は内部介護支援専門員とも共有できるシステムになっている。外部の介護支援専門員には電話で連絡をしている。

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
<コメント> 家族との連絡は主として連絡帳を活用し、送り際には荷物の一番上に表紙を開いた状態で置き、家族への気づきを促す工夫をしているほか、電話連絡もしている。家族見学会を開催してサービスの説明をして要望を聴く機会を持った。家族からの相談は随時行っているが定期的ではない。家族が必要とする情報は介護支援専門員に報告して行っている。 家族に対しての介護研修は実施していない。家族の心身の状態や疲労度等の様子は送迎時の態度・様子・連絡帳等によって把握し、必要に応じて介護支援専門員に報告している。		