

愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

①第三者評価機関名

株式会社 経営志援

②施設・事業所情報

名称：ケアハウス湯山安立	種別：軽費老人ホーム	
代表者氏名：施設長 小西 由香里	定員（利用人数）：30名	
所在地：愛知県高浜市湯山町5丁目7番地5		
TEL：0566-54-5011		
ホームページ： https://www.syoutokukai.or.jp/honbu/index.php		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：令和2年4月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人昭徳会		
職員数	常勤職員：11名	非常勤職員：8名
専門職員	社会福祉士：1名	介護福祉士：8名
	介護支援専門員：2名	正看護師：2名
	栄養士：1名	准看護師：1名
施設・設備の概要	1人部屋：30室	食堂兼共同生活室：3
	浴室：3 特殊浴槽：1 相談室：1 診療室・一時保護室：各1	地域交流センター：1

③理念・基本方針

<p>【理念】 幸福（しあわせ）</p> <p>【基本方針】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ひとりひとりに、思いやりの心を持って接します 2. ひとりひとりを尊重し、その人に合った支援、援助をします 3. ひとりひとりを大切に、まごころで接します 4. わたしたちは、すべての人の幸福を目指し、たゆみなく援助技術の向上に努めます 5. わたしたちは、お互いに助け合い、よりよい生活ができるよう努めます
--

④施設・事業所の特徴的な取組

<ul style="list-style-type: none"> ・自立支援介護を提供し、尊厳を大切にされた生活を送ることができるよう支援している。 ・認知症の非薬物療法といわれる回想法に取り組み、入居者の仲間づくり、生きがいの支援を行っている。 ・社会貢献活動は社会福祉法人の使命と捉え、福祉避難所の指定を受け災害時には地域の方の安全・安心を提供できるよう努めている。 ・地域との交流に努め、小学校の立哨活動や地域の清掃活動にも取り組んでいる。 ・家族との関係構築のため、3か月ごとに入居者の写真入りの生活状況をお知らせとして郵送している。 ・毎月の行事として、おやつ作りやイベント食を行い、楽しみと共に入居者に活躍の場を提供している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 4年 5月23日（契約日）～ 令和 5年 2月 27日（評価決定日） 【令和4年10月18日（訪問調査日）】
受審回数（前回の受審時期）	0 回

⑥総評

◇特に評価の高い点

【施設長の姿勢】

施設長の積極的に学ぶ姿勢からは、施設を良くしたいという意志が感じられる。施設の課題への改善に向けプロジェクトを立ち上げ、職員が主体的に取り組むことができる体制を構築したり、時には職員と一緒に検討するなど、リーダーシップを発揮しながらも親しみやすい施設長として取り組んでいる様子が随所に見られる。また、今回の第三者評価の自己評価で明確となった課題について、すでに改善に取り組んでおり、スピード感を持って取り組む姿勢は評価が高い点である。

【自立支援介護と回想法】

施設の特徴的な取組として自立支援介護と回想法に積極的に取り組んでいる。自立支援介護として、歩行訓練と水分摂取は徹底して行っており、サービス計画書やワークシートに目標を明記し取り組んでいる。施設内の階段での昇降訓練や天気の良い日には屋上の広いベランダでの散歩など、利用者の意欲を引き出しながら支援している。回想法は、施設内に昭和の写真を掲示したり、地域交流スペースに懐かしい道具類を置くなどする環境面だけでなく、グループのメンバーに自分の過去を話すことを通じて、自分の存在意義を再認識できる機会となっている。その取組のおかげもあり、精神的に落ち着いて穏やかな利用者の様子も窺える。

◇改善を求められる点

【積極的な情報発信】

施設独自のホームページがないため、施設紹介のYoutubeや法人のFacebookを活用し情報を発信しているが、地域に向けた施設情報および活動等の発信が積極的に行われているとは言えない。地域の中にある施設として、施設の特徴的な取組や活動内容、地域への貢献活動など、様々な配信ツールを検討し積極的に発信することに期待したい。

【収支計画の策定】

中期経営計画、単年度事業計画は策定されているが、それに伴った収支計画の策定はない。社会福祉法人であっても、持続性や安定を維持するためには施設経営の視点が求められることから、事業計画に沿った中期および単年度の収支計画の策定が望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

株式会社からの事業承継となり3年が過ぎようとしています、新しい体制づくりに努めた3年間で、この時期に外部の評価を受けたことはとても有効であったと感じています。評価いただいたことは継続し、地域への情報発信及び地域交流センターの活用や社会貢献活動の継続により、地域からの信頼をいただけるよう取り組んで参ります。また、長期的な収支計画についても事業継続の観点から早期に策定し、PDCAサイクルで有効性を高めていきたいと思っております。関わる全ての方が幸福を感じられるように、施設で起こる事象に関してはチームで考え、成長していきたいと考えております。

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

※すべての評価細目(65項目)について、判断基準(a・b・cの三段階)に基づいた評価結果を表示する。

※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。

【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。			
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。	高1	a・⑥・c
<コメント> 理念と基本方針は、事業概要やパンフレット、法人ホームページに掲載し広く周知が図られている。また、理念、基本方針、行動指針は、玄関・1階の目につきやすい場所に掲示され、職員は、毎日朝礼で唱和している。今後は、広報誌等にも理念、基本方針を掲載し、利用者や家族に配布する等して周知することに期待したい。			

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			
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。	高2	③・b・c
<コメント> 施設長は、愛知県老人福祉施設協議会、高齢者サービス調整会議、高浜福祉ビジョン会議等に参加して、社会福祉事業全体や行政の動向の把握に努めている。中期経営計画でSWOT分析を行い、法人や施設を取り巻く環境変化等を分析し、課題の明確化と具体的な方策を明示している。また、月次試算表や稼働率表により、経営状況を把握・分析している。			
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。	高3	③・b・c
<コメント> 施設長は、毎月、月次試算表や稼働率表の作成から経営状況や課題を分析し、管理会計様式に課題や今後の取組を取り込み、施設長会議や理事会で情報共有している。職員へは、全体会議(年3回)、運営会議(毎月開催)、フロア会議等で説明し、周知を図っている。			

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。			
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。	高4	a・⑥・c
<コメント> 中期経営計画(SWOT分析)で分析した重要目標3項目の課題と目標を明確にしている。今後は、中・長期の収支計画を策定し、それに基づいた実行と評価、見直しを行うことが望まれる。			
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。	高5	a・⑥・c
<コメント> 法人重点目標としての4項目を具体的に挙げ、事業計画に盛り込んでいる。今後は、施設として策定された中・長期運営計画、中・長期収支計画を反映した事業計画の内容となることに期待したい。			
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
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。	高6	③・b・c
<コメント> 事業計画は、職員の意見・要望と役職者によるSWOT分析を合わせて運営会議で素案を作成し、職員会議で提示・配布している。また、半期ごとに運営会議で見直し、その報告を受けて施設長が検討、検討結果を運営会議で取りまとめ、フロア会議で職員に周知する仕組みが構築されており、職員の事業計画への関心も高い。			
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。	高7	a・⑥・c
<コメント> 事業計画は、事務所に設置した事業概要ファイルにまとめられているが、利用者、家族への説明は十分といえない。今後は、利用者や家族等が理解しやすい資料を作成するなどの工夫により、事業計画の内容が周知されることが望まれる。			

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。			
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。	高8	a・⑥・c
<p><コメント> サービスの評価や結果を分析する仕組みは構築されているが、今後は、分析結果から抽出した課題の明確化と改善計画の策定、職員が参画した取組等による更なるチーム力の向上が望まれる。また、今回の第三者評価受審を契機に、定期的な自己評価の実施に期待したい。</p>			
I-4-(1)-②	評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	高9	a・⑥・c
<p><コメント> 課題は職員で共有し、改善策の実施後の評価は行われているが、施設全体でのPDCAサイクルの機能は十分とは言えない。今後は、評価した内容を施設全体で共有し、計画的にサービスの質の向上に繋がるような取組に期待したい。</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。			
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。	高10	a・⑥・c
<p><コメント> 施設長は、毎月の運営会議やフロア会議で、事業計画の進捗状況、毎月の支援状況や課題等について職員と協議し、助言や指導を行っている。職務分掌に施設長の役割と責任が明確に定められ、災害等の有事の連絡網を整備しているが、施設長不在時の権限移譲については曖昧であり、職務分掌等に権限移譲先を明記されたい。</p>			
Ⅱ-1-(1)-②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	高11	⑨・b・c
<p><コメント> 施設長は、法人主催の研修(内部研修)や外部研修に参加し、日々学ぶ姿勢が見られる。全体会議で法令遵守マニュアルを配布し、運営会議やフロア会議で勉強会を行い周知を図っている。また、職員には法令遵守に関する自己点検シート表により振り返る機会を与え、施設内の現状の把握に努めている。</p>			
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
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。	高12	⑨・b・c
<p><コメント> 施設長は、全体会議、運営会議、フロア会議を開催し、施設の現状や課題を把握と助言・指導を行っている。また、職員が参画する委員会を組織し、機能させることができるよう積極的に参加している。昨年度は、改善事項についてプロジェクトを立ち上げ、職員主導の下改善に取り組んだ。職員の主体性を引き出す指導力は評価できる。</p>			
Ⅱ-1-(2)-②	経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	高13	⑨・b・c
<p><コメント> 施設長は、毎月の施設長会議で支援状況、職員の勤務状況、月次試算表等の様々な運営課題を分析し、業務のスリム化等を提案している。全体会議や運営会議では、稼働率、月間の収支状況や人員配置等を報告し、経営面での改善点等を職員と検討している。施設長と職員と一緒に検討する機会が多く、そういった場所で指導力を発揮している様子が窺える。</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。			
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。	高14	a・⑥・c
<p><コメント> 法人人事課が職員採用を統括して担当しており、欠員が発生する前に必要な職種や人数を報告し、人員確保が行われる仕組みとなっている。施設紹介用の動画をYoutubeにて配信したり、採用のためのDVDを作成している。今後は、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な内容を盛り込んだ事業計画の作成とその実施に期待したい。</p>			

	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	高15	① ・ b ・ c
<p><コメント> 基本方針および行動指針を期待する職員像として職員も理解している。就業規則を職員全員に配布し、入所時の研修では100問テストを行うなどして周知している。施設として、等級に応じた職員像(到達レベル)が明確にされており、面接シートを活用した目標設定と達成状況の確認、評価基準表による人事評価が行われている。</p>			
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
	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。	高16	① ・ b ・ c
<p><コメント> また、施設長は、5月、10月、2月の年3回の個人面談で、職員の意向・意見、労働時間や人間関係の現状、取得したい資格等を把握し、その改善に取り組んでいる。有給取得状況や時間外労働については、施設長が承認していることから把握ができています。法人内の相談窓口の設置や産業医との連携など職員が相談しやすい環境が整えられ、ストレスチェックも実施している。</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。			
	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。	高17	① ・ b ・ c
<p><コメント> 面接シートを活用し、年度初めに職員一人ひとりが年間の目標を定めている。施設長は5月の目標統合面接、10月の中間面接、2月の評価面接を通じて、目標の達成状況の確認とフィードバックを行うなど育成に力を入れている。等級に応じた到達レベルが明確に定められ、評価基準表による評価により、職員のモチベーション向上に繋がっている。</p>			
	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。	高18	a ・ ② ・ c
<p><コメント> 法人内研修で、階層別や分野別の研修を実施している。研修後は、報告書とレポートにより、理解度を把握している。法人の「キャリアパス制度」に組織が必要としている専門技術などを明示しているが、今後は、事業計画書にもキャリアパス制度の活用による職員の質の向上を目標とする基本方針を記載し、取り組まれることが望まれる。</p>			
	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。	高19	a ・ ② ・ c
<p><コメント> キャリアパス表に階層別のあるべき姿を明確に定め、必要な教育、研修内容について明示している。非常勤職員も、法人の全体研修や職場内研修が受講できる機会を設けている。新人職員には、入職時に施設内研修と法人本部での研修カリキュラムが実施され育成が行われている。今後は、研修成果の評価・分析により、職員一人ひとりに応じた育成が行われることに期待したい。</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。			
	II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	高20	a ・ ② ・ c
<p><コメント> 学校と連携し、介護職の実習生を受け入れており、受入れマニュアルに基づき対応している。実習受入れ時は、受入れ担当者だけでなく利用者および職員全員に周知し協力体制を築いている。より充実した実習にするためにも、実習指導者講習を修了した職員が教育・指導できる体制に期待したい。</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。			
	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。	高21	a ・ ② ・ c
<p><コメント> 法人のホームページで、理念・基本方針・行動指針、提供する福祉サービスの内容、事業計画及び予算・決算情報、運営施設への苦情と対応内容を公開している。機関紙「えがお」は、利用者やその家族、まちづくり協議会やいきいき広場に配布している。今後は、地域に向けての広報活動、積極的な情報発信に期待したい。</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。	高22	① ・ b ・ c
<p><コメント> 事務、経理等の取引に関しては経理規程に記載し、職務分掌表にて職種・担当者の職務内容を明文化し、職員へ周知が行われている。定期的に内部監査と外部の公認会計士による会計監査も実施されており、指摘事項に関しては、改善内容の報告と改善が行われている。</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。			
II-4-(1)-①	利用者との交流を広げるための取組を行っている。	高23	①・b・c
<p><コメント> 中期経営計画に、利用者が社会や地域住民とのつながりを保つため社会活動への参加支援を掲げている。施設内の地域交流センターで認知症カフェを開催し、地域の方との交流が行われている。渡場まつり等の地域行事、近隣のコンビニや美容院、メガネ屋や薬局なども希望があれば付き添い等の外出支援も行われている。</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。	高24	a・②・c
<p><コメント> ボランティア受入れマニュアルに受入れの目的を明示している。オリエンテーションでは、施設とボランティアのニーズのすり合わせを行い、登録後は、利用者に周知してから活動を開始するなど、利用者の安全への配慮と不安にさせないための体制づくりが行われている。今後は、活動後に職員との意見交換をしたり、そこからの要望や必要であろう研修の把握と実施により、さらに充実した利用者の生活に繋がることに期待したい。</p>			
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
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。	高25	a・③・c
<p><コメント> 高浜市高齢者福祉協議会・地域医療機関等の会議に積極的に参加し、連携に努めている。また、福祉ビジョン会議では、地域の課題について意見交換が行われている。今後は、地域の関係機関・団体について、利用者一人ひとりの状況に対応した社会資源のリスト化と職員への周知が期待される。</p>			
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている			
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。	高26	④・b・c
<p><コメント> 高浜市と社会福祉協議会、高浜地区の事業所で結成されている「福祉ビジョン会議」を定期的に開催し、地域の課題や各事業所の状況を伝えながら課題の把握と地域のニーズへの対応を検討している。まちづくり協議会や町内会に加入し、防災・防犯への取組について話し合ったり活動にも積極的に参加している。地域の行政や地域とのかかわりが多く、福祉ニーズが把握しやすい点は評価できる。</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。	高27	a・⑤・c
<p><コメント> 施設は福祉避難所に指定され、地域の防災訓練にも積極的に参加して地域と協力体制を構築している。また、小学校の立哨活動や市内のゴミ拾い、エコキャップ活動、海岸清掃、フードドライブなど貢献活動にも力を入れている。今後は、福祉ニーズにもとづいた具体的な事業や活動を中期経営計画や事業計画で明示し、継続的に取り組むことが望まれる。</p>			

評価対象III 適切な福祉サービスの実施

III-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果	
III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。			
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。	高28	⑥・b・c
<p><コメント> 職員行動指針の掲示や毎日の唱和、倫理綱領を配布するなどして共通理解に努めている。また、職員全員が職員行動指針に基づいた1年間の目標を設定し、具体的な取組の実践に努めている。身体拘束適正化委員会を中心に、虐待の芽チェックリストによる自己評価と年2回の勉強会で日頃の支援を振り返る機会があり、改善策を検討したり個別のケース検討で対応策を検討するなど、施設全体の取組として評価できる。</p>			
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。	高29	⑦・b・c
<p><コメント> 法人作成の法令遵守マニュアルを職員に配布し、それをもとに勉強会を行っている。入浴や排泄マニュアルにはプライバシーに配慮した支援方法が確認できた。居室は全室トイレ付きの個室となっており、プライバシーに配慮した空間となっている。また、入浴は個人浴を基本とし、2人が同時に入ることがないように配慮している。他人に聞かれないような会話は、相談室や個室を使用したり、必要に応じて筆談で対応している。</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。			
	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。	高30	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 施設独自のホームページは作成していないものの、施設紹介のYoutubeや法人のFacebookで情報を配信している。パンフレットは市のいきいき広場に設置し、誰でも入手できるようにしている。コロナ禍であっても、入居希望や見学希望の際は、施設の生活をイメージできるよう館内の見学を実施した。待機者リストの更新も頻繁に行っており、空室が生じないように努力している様子が窺える。今後は、定期的なYoutube配信や検索してすぐに情報が得られるような情報発信の工夫が望まれる。</p>			
	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。	高31	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 入所時は重要事項説明書に基づき利用者や家族、身元引受人等に説明している。大事な部分を中心に説明したり、説明している箇所をなぞりながらわかりやすい説明に努めている。また、専門用語は使わずにわかりやすい言葉に変換するなど配慮している。説明に際し、よりわかりやすい資料の提示や説明する内容や手法についてのマニュアル等の作成が望まれる。</p>			
	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。	高32	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 福祉施設等の変更の際は、フェースシートやケアプランの内容を移行先に渡し、著しい変更による不利益が生じないように配慮している。退所後の相談窓口は生活相談員が担当しており、口頭では伝えているが文書等は配布していない。施設変更等の手順や引継ぎ文書、相談窓口の文書の作成等は今後に期待したい点である。</p>			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。			
	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。	高33	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 今回の第三者評価を機に初めて利用者満足度調査を実施した。日頃は、サービス計画書の見直しの際やサービス担当者会議、支援の中での表情や会話等から満足しているかどうかを把握している。利用者満足向上のため、利用者の希望に沿った支援の実施に努めており、外出や買い物、看取り等を行っている。今年度は敬老会と兼ねた家族会を開催し、多くの家族に参加してもらえるよう2日に分けて行う工夫をした。今後は、定期的な利用者満足度調査とその分析・検討の実施、その後の改善に向けた組織的な取組に期待したい。</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。			
	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。	高34	① ・ b ・ c
<p><コメント> 苦情解決体制を整備し、苦情解決の仕組みや連絡先が施設内の各所に掲示している。ご意見箱も人目につかない場所に設置し、投函しやすいよう配慮している。苦情記録には苦情内容、対応記録、改善策が記録され、職員で共有していることが確認できた。苦情を申し出た利用者や家族等へのフィードバック、法人のホームページでの公開、第三者委員も参加する苦情解決対策委員会の実施など、組織として苦情解決の仕組みが確立している。</p>			
	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	高35	① ・ b ・ c
<p><コメント> 利用者や家族等とのコミュニケーションを大切に考え、職員から声をかけるようにしており、挨拶だけでなく冗談を言って場を和ますなど、話しやすい雰囲気作りを行っている。また、担当制を取り入れることで、利用者や家族等との良好な関係の構築が図られている。相談の際は、利用者の居室のほか相談室、地域交流スペース等を利用し、プライバシーに配慮しつつ利用者が話しやすい環境で対応している。</p>			
	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	高36	① ・ b ・ c
<p><コメント> 苦情のみならず、相談や意見等があれば、相談受付マニュアル、相談対応マニュアルに基づき対応している。利用者からの相談は、担当制を取り入れていることから基本的には担当が聞くことが多く、速やかにフロア内で検討し、日々の申し送りで周知・共有する仕組みとなっている。</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。			
	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。	高37	① ・ b ・ c
<p><コメント> 事故発生防止のための指針を定め、事故防止委員会を毎月開催している。委員会では事故報告書や未然報告書の内容について対策の評価・見直し、再検討を行い、改善すべきことを職員にフィードバックしている。また、年2回職員全員が参加するKYT(危険予知トレーニング)や年1回のAED講習会で、事故防止の意識を高めている。緊急時マニュアルや定期薬セットマニュアル等も整備し、安全な体制作りを努めている様子が窺える。</p>			

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。	高38	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント> 看護師を責任者とした感染症対策委員会を設置している。3ヶ月ごとの委員会で感染症対策の内容の見直しや検討を行い、状況に応じて都度変更し、申し送りや朝礼、会議等で周知している。また、看護師が中心となり全体会議の中で、感染症予防に関する勉強会を実施している。熱発者に対して、新型コロナウイルス感染のリスクからBCP(事業継続計画)に基づいた対応を行っており、訪問調査時点まで陽性者は0であり、組織的な取組が行われていると評価できる。</p>		
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。	高39	a ・ ㉒ ・ c
<p><コメント> 災害時の対応体制を整備し、ハザードマップによる被災時を確認した訓練や定期的な防災訓練を実施している。また、職員全員が安否確認方法を記載した地震の心得カードを携帯しており、緊急連絡網の連絡訓練等を行っている。福祉避難所に指定されたことから、地域のまちづくり協議会に加入し防災訓練に参加しているが、福祉避難所としての体制の構築はこれからを予定している。また、災害時を想定したBCP(事業継続計画)は作成途中であり、作成後の取組が期待される。</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。		
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。	高40	a ・ ㉓ ・ c
<p><コメント> 3大介護(入浴・排せつ・食事)のマニュアルを作成している。また、新人職員用に入居者ごとの注意点をまとめた入居者ケア一覧表や指導者ノートを活用し、指導係の職員からの指導が行われている。介護力向上委員会による介護力ミニテストの実施なども、ケアの標準化を図るために行われている。しかし、マニュアル等どおりにケアが実施されているかどうかの確認については課題が見られる。OJTチェックリストの活用や中堅以上の職員のケアの実施状況の確認方法の確立に期待したい。</p>		
Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	高41	a ・ ㉓ ・ c
<p><コメント> マニュアル等の見直しは半年に1回行っている。見直し後のマニュアルを事務所に設置し、いつでも誰でも見ることができるようにするほか、申し送りや朝礼、掲示板にて周知している。見直しは、現状どのように実施されているのかの根拠に基づき行われるよう前項の改善に期待したい。</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。		
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。	高42	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント> 今年度サービス計画書作成マニュアルを作成し、職員のアセスメント力、モニタリング力、ケアプランへの意識向上を図っている。また、自立支援介護の基礎となる水分摂取量や歩行距離について、介護力向上委員会で情報共有と改善を検討している。支援困難ケースの場合は、週1回のミニカンファレンスやフロア会議、朝礼等で現状の把握と改善策の検討・実施を繰り返し対応に努めている。ケアプランは、職員からの情報に基づき生活相談員が作成後に職員が回覧し、本人や家族、担当職員、ケアマネージャー、看護師等が参加するサービス担当者会議で検討後、完成させている。</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。	高43	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント> サービス計画書は6か月ごとのモニタリングやサービス担当者会議に合わせて事前に確認し、評価・見直しが行われている。見直しによって変更したサービス計画書を寮母室に掲示し、確認後捺印する形で周知しており、職員全員が確認後は担当職員がファイリングすることでケアプランへの重要性を認識できるようにしている。緊急で変更した場合は、介護記録ソフト内で周知している。サービス計画書の変更に合わせて、必要に応じてワークシート(水分摂取量や歩行距離)を修正し、職員が確認できるよう設置している。</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。		
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、職員間で共有化させている。	高44	a ・ ㉓ ・ c
<p><コメント> サービスの実施内容は介護記録ソフトを活用して記録している。記録の書き方に関するマニュアル等の作成はないが、口頭にて「事実を書く」「利用者の状況をわかりやすく書く」「主観を入れない」等を伝えている。利用者の情報共有の仕組みとして、朝礼やフロア会議、運営会議、各委員会等があり、利用者の情報と業務連絡を分けて申し送りすることで、混乱しないように配慮している。介護記録ソフトから記録は確認できるが、ケアプランに沿った支援が行われているかどうか画面ではわかりにくく、紙に記録したものをソフトに入力する2度手間もあり、業務の効率化に期待したい。</p>		

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。	高45	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 個人情報保護規程や文書管理規程を整備している。職員には法令遵守マニュアルを配布するほか、年2回の全体会議で勉強会を実施し、個人情報取り扱いの注意点や個人情報保護の重要性を説明している。個人情報の入った書類は事務所の鍵のかかる書棚に保管しているが、事務所は未施錠である。また、パソコンのパスワードの定期的な変更や個人携帯の使用等については、改善の余地があり今後に期待したい。</p>		

【内容評価基準】

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		
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。	高46	a ・ b ・ c
<コメント>評価外		
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。	高47	a ・ b ・ c
<コメント>評価外		
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。	高48	① ・ b ・ c
<p><コメント> 利用者の生活に対する意向に合わせた計画を作成し、本人と家族の同意を得た上で支援している。介護保険認定更新手続きや所得証明書発行手続き、高浜市の支援券購入などの行政の手続きは必要に応じて支援している。一人での買い物や散歩等の要望は、家族の同意を得られれば実現に向け支援している。認知症や障害に合わせた環境づくりに努め、基本的には抑制することなく他の利用者トラブルが起きないように配慮しながら支援している。生活に潤いがあるよう、編み物や塗り絵、読書、おやつ作り、施設内で認知症カフェを開催するなど多彩な余暇活動が行われている。</p>		
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。	高49	① ・ b ・ c
<p><コメント> 日々の暮らしが豊かで楽しみが持てるよう、一人ひとりの意向に沿ったレクリエーションや生活リハビリ等を行っている。生活リハビリの洗濯干しや洗濯たたみは、会話の機会になっている。また、リラックスできる入浴時や回想法は話を聴く機会として活用している。難聴の利用者には筆談や、職員が横に座り他者の話を伝えたり交流が図れるよう配慮している。10月にコミュニケーション研修に参加し、復命書による伝達研修を予定している。</p>		
A-1-(2)権利擁護		
A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組みが徹底されている。	高50	① ・ b ・ c
<p><コメント> プライバシー保護マニュアルや権利擁護マニュアル、身体拘束廃止に関する指針や虐待防止指針等により、利用者の権利擁護に努めている。定期的に、虐待、身体拘束、言葉遣いなど、自らを振り返る機会を設けており、その結果、課題があれば検討、改善および早期対応に努めている。現状、身体拘束が必要な利用者はいないが、今後も行わない方針である。</p>		

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		
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。	高51	① ・ b ・ c
<p><コメント> 居室内の空調の管理ができない利用者が多く、職員が定期的に確認して調整している。清掃業務の担当を配置し、清潔保持に努めている。利用者が居心地良く快適に過ごせるよう、居室には馴染みのものとして今までで生活していた家具や寝具等も持ち込めるよう配慮している。日中はデイルームで過ごす利用者も多く、くつろいで過ごすことができるよう、レイアウトや座席を変更するなど一人ひとりの意向や生活リズムを大切にしながら支援している。</p>		

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			
	A-3-(1)-① 入浴援助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	高52	① ・ b ・ c
<p><コメント> 入浴は、週3回一人ずつ、ゆったり楽しんでもらえるよう、入浴習慣や身体状況に応じて支援している。入浴前にはバイタルチェックを行い、場合によって時間をずらしたり、シャワー浴や清拭に変更したり、時には別の日に変更するなど体調に合わせて安全に入浴できるよう臨機応変に対応している。マンツーマンで職員と会話ができ、入浴を楽しみにしている利用者も多い。</p>			
	A-3-(1)-② 排泄時の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	高53	① ・ b ・ c
<p><コメント> 排泄時は、利用者の尊厳に配慮しつつ安全な介助に努めている。利用者の身体機能に合わせ、トイレやポータブルトイレ、布パンツ、紙パンツ、パットなどを使用し、尊厳や羞恥心に配慮しながら支援している。自立支援介護の基本として、自然排便に向けて取り組んでおり、おむつ使用や下剤に安易に頼ることなく、水分摂取を積極的に促したり歩行等の運動を奨めている。</p>			
	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。	高54	① ・ b ・ c
<p><コメント> 自立支援介護の基本として、移動を目指した歩行訓練に力を入れている。利用者の状態に合わせて歩行補助具を変更したり、階段の昇降訓練を取り入れ、職員は見守り介助をしている。屋上のペランダでは、晴天の中日光浴をしながら散歩もできる。歩行訓練の目標を個別に立てることで、利用者の意欲の向上に繋がっている。</p>			
A-3-(2) 食生活			
	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	高55	① ・ b ・ c
<p><コメント> 食事は業者によるクックチル方式で、主菜や副菜を厨房で温めて盛り付けるスタイルであり、盛り付けは見栄えを重視しておいしく見えるよう工夫している。また、各フロアではご飯を炊いて、炊きたての香りを楽しめるようにしている。みんなで一緒に作るレクリエーションとしてイベント食を実施しており、お好み焼きやすき焼き、押しずし・焼きそばなどを作って食べることもある。時には寿司の出前などもあり、美味しく楽しく食べられるよう工夫している。</p>			
	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。	高56	① ・ b ・ c
<p><コメント> 利用者の嚥下状態や心身状況に合わせて、安全に摂取できるよう提供方法を工夫している。普通食やムース食、とろみ剤やおかゆ等必要に応じて対応している。咀嚼は、口腔内の虫菌や口内炎、義歯の様子から歯科医師と連携しながら、できるだけ自己摂取や口から食べられることを目指している。食事時の窒息時の対応について全体会議で勉強会を実施し、安全な食事の提供に努めている。</p>			
	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	高57	a ・ ② ・ c
<p><コメント> 食前には口腔機能訓練を実施している。食事摂取状況のアセスメントシートにて定期的にチェックし把握に努めている。口腔ケアに関しては、自身でできる利用者を見守りで、支援が必要な利用者には介助している。口腔に異常があれば訪問歯科医と連携し診察できる体制があり、受診時の指導内容は共有し対応している。今後、職員への口腔ケア研修を取り入れたい意向があり、今後に期待したい。また、訪問歯科医による口腔状態や咀嚼嚥下機能の定期的なチェックの実施にも期待したい。</p>			
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア			
	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	高58	① ・ b ・ c
<p><コメント> 褥瘡発生・予防に関する指針に基づき対応している。入浴時や排泄時の皮膚の観察は行っており、発赤があれば看護師への報告と応急処置、医師への報告と指示による対応により、早期発見・早期対応に努めている。ベッドで過ごす時間の長い利用者には、体位変換や効果的なシーティングの写真を共有し、ビーズの当て方等で工夫している。利用者の状況に応じた支援内容が共有されており、マニュアルはないものの適切に実施されていると言える。</p>			
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養			
	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、取組みを行っている。	高59	a ・ b ・ c
<p><コメント>非該当</p>			

A-3-(5)機能訓練、介護予防			
	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。	高60	① ・ b ・ c
<p><コメント> 自立支援介護に力を入れており、利用者の活動性の向上に努めている。リハビリ専門職はいないが、看護師や病院の医師等の助言で生活リハビリを実施している。洗濯物を干したりたたんだり、レクリエーション活動を通して機能維持や悪化防止に努めている。サービス担当者会議等で現状確認や振り返りを行うことで、適切に実施できているかを確認し、支援方法の見直しと改善が図られている。</p>			
A-3-(6)認知症ケア			
	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	高61	① ・ b ・ c
<p><コメント> 認知症対応および進行防止として、継続して回想法を取り入れている。回想法では様々な取組が行われており、利用者が穏やかになる様子なども窺える。認知症については、介護力向上委員会主催の講習会のテキストを共有したり、外部研修やWEB研修の内容を伝達研修で伝え、職員の理解の向上に繋げている。</p>			
A-3-(7)急変時の対応			
	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が確立し、取組みを行っている。	高62	a ・ ① ・ c
<p><コメント> 毎日の検温と入浴前の血圧測定、毎週日曜日の血中酸素飽和度を測定し、一覧表で記録している。異常があれば看護師に報告し、医師と連携し早期対応に努めている。利用者の健康管理や病気について、自立支援介護の基礎理論に基づいた勉強会を実施しており、体調変化時や嘔吐や窒息時の対応等を学んでいる。服薬については、看護師が毎日1日分を準備、その翌日看護師がさらにチェック、その後介護員がチェックしている。服薬介助時は複数人で薬と名前を確認し、服薬後の空袋は他者が確認する仕組みで誤薬防止に努めている。今後は、利用者の服用する薬の効果や副作用に関する勉強会や知識が増えるような取組があると良い。</p>			
A-3-(8)終末期の対応			
	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、取組みを行っている。	高63	① ・ b ・ c
<p><コメント> 終末期ケアの方針を作成している。看取りの場合には、家族にできることやできないことなどを説明して承諾書を得ている。看取り後には職員アンケートや話し合いを実施したり、入居者へのケアの振り返りやまとめを行っており、精神的ケアや心の整理に繋がっている。今年度は、敬老会で死生観を養うための研修を実施し、利用者、家族、職員が参加し、自分事として命について考える機会となった。看取りを希望する場合は、家族にどのような看取りを希望するかを伺い、意向に沿った看取り計画の作成と支援が行われている。法人として看取り後の葬送支援の体制もある。</p>			

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			
	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。	高64	① ・ b ・ c
<p><コメント> 利用者の家族には、3ヶ月ごとに一筆箋に写真を添えて近況等を伝え、家族の安心感に繋がっている。コロナ禍ではあるが、不要な制限はしておらず、墓参り、法事、家族との食事、自宅への外出、思い出の祭りへの参加など感染に留意しながら実施している。今年度は敬老会を開催し、家族も一緒に祝うことができた。サービス担当者会議は、家族にもできるだけ参加してもらえるよう声をかけ、現状を知る良い機会として捉えている。その後、家族の希望や意向をサービス計画書に取り入れている。</p>			

A-5サービス提供体制

A-5-(1)安定的・継続的なサービス提供体制			
			第三者評価結果
	A-5-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組みを行っている。	高65	a ・ b ・ c
<コメント>評価外			