

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：ケアハウス高浜安立 | 種別：軽費老人ホーム | |
| 代表者氏名：施設長 木下 誠 | 定員（利用人数）：50名 | |
| 所在地：愛知県高浜市芳川町1丁目2番地48 | | |
| TEL：0566-52-7311 | | |
| ホームページ： https://www.syoutokukai.or.jp/carehouse/ | | |
| 【施設・事業所の概要】 | | |
| 開設年月日：平成8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：12名 | 非常勤職員：16名 |
| 専門職員 | 社会福祉士：2名 | 介護福祉士：10名 |
| | 介護支援専門員：4名 | 看護師：2名 |
| | | |
| 施設・設備の概要 | 1人部屋：50 | 食堂：1 喫茶室：1 |
| | 浴室：男1 女1 個1 共用トイレ：2 シャワー室：5 洗濯室：5 | 相談室：1 談話室：6 機能訓練室：1 ゲストルーム・トランクルーム：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"> ・職員会議でコンプライアンスの説明や内部研修で虐待予防について研修を行い、理解を深めている。 ・少人数のクラブ活動の充実を図り、DVD鑑賞、手工芸、ハンドベル等を提供している。またADL維持のため、ロコモ体操を週5日実施するなど、できるだけ長く一般形入居できるよう取り組んでいる。特定施設においては、施設内クラブでポッチャクラブを作り「楽しみ」が持てる生活の提供と身体機能維持支援を行っている。 |
|--|

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|--|
| 評価実施期間 | 令和4年6月1日（契約日）～ 令和5年3月29日（評価決定日） 【令和5年2月22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

【施設長のリーダーシップ】

毎月の職員会議において、事業計画の進捗状況や支援状況、課題等について職員と協議したり、助言・指導を行っている。また、法令遵守の勉強会を実施し、法令遵守について自己チェック表を用いて自らを振り返る機会を与え、施設の現状把握に努めている。各種委員会を組織し、定期的な開催により機能するよう関わっている。経営の改善のため今年度からクックチルに変更し、その改善も徐々に行われている。要所要所で指導力を発揮している様子が窺える。

【利用者の状況に応じた生活支援】

利用者が一般型（自立型）と特定施設と混合しているが、利用者の状況に応じた支援の実施に努めている。自立支援介護の実践として、入浴時の見守りや歩行支援、排せつ、食事支援など行っている。排せつに関しては水分補給なども利用者の状況に応じて対応している。食事に関しては、普通食とソフト食等、咀嚼や嚥下能力に応じて食事を提供している。また、適切な支援が行えるよう、担当職員だけでなく他の職員や看護師等との情報共有が密に行われている。

◇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はあるが、更新されていない。ケアハウスを知らない人も多いことから、施設の特徴や利用者の様子、施設独自の取組などの情報を積極的に発信することに期待したい。利用希望者だけでなく就業希望者にとっても有益な情報を与えられたい。

【利用者満足の向上に向けた取組】

現状、利用者の満足を把握する仕組みがない。利用者アンケートや家族アンケート、利用者によっては個別面談など行い、利用者の満足度の把握や満足度向上に向けた取組の実施に期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価結果を受け、具体的な改善点や改善に対する視点が明確になりました。自施設内だけでは気付かない、気付けていない点、気付いてはいるものの中々改善に至っていない点なども明確になりました。第三者評価を受審しただけでとどまらず、優先順位を決めながら全職員で明確になった課題を改善できるようにしていきたいと思えます。

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 |
| <p><コメント> 理念・基本方針はホームページに明記し広く周知が図られている。行動指針は、玄関・事務所の目につきやすい場所に掲示され、職員は朝礼で唱和し周知を図っている。法人本部の新人研修では、法人の理念や基本方針を説明したり、年度はじめの職員会議で施設長が事業計画を説明する際に法人理念の内容に触れている。今後は広報誌・パンフレットに理念、基本方針を掲載し、利用者、家族等に配布するなどして周知を図ることに期待したい。</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 | | | |
| 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 | ④・b・c |
| <p><コメント> 施設長は、愛知県老人福祉施設協議会、高浜福祉ビジョン会議等に参加し、社会福祉事業全体や行政の動向の把握に努めている。経営課題については、役職者会議で把握・分析し、目標達成のための取組を各担当部署で検討・実施している。中期経営計画でSWOT分析を行い、法人や事業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を作成し、経営状況把握に努めている。</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。 | 高3 | ④・b・c |
| <p><コメント> 経営課題については、役職者会議で把握・分析し、目標達成のための取組を検討・実施している。施設長は、毎月、月次試算表や稼働率表で経営状況や課題を分析し、管理会計様式を用いて課題や今後の取組をまとめ、施設長会議で情報共有し理事会で説明して承認が行われている。職員へは、職員会議(毎月開催)で説明し職員全員に周知を図っている。</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。 | | | |
| 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 |
| <p><コメント> 中期経営計画(SWOT分析)で分析された重点項目3項の課題と目標を明確にしている。事業所の単年度事業計画に骨子を反映させることにしている。今後は、中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。</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。 | 高5 | a・⑥・c |
| <p><コメント> 単年度事業計画は、中期経営計画の骨子を盛り込んで作成するとともに、前年度の事業報告書をもとに作成し、各項目の具体的な目標を掲げてわかりやすい内容にまとめられている。今後は、中期収支計画を作成し単年度収支予算表を事業計画に合わせて掲載されたい。</p> | | | |
| 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 | a・⑥・c |
| <p><コメント> 事業計画は、職員の意見や要望を汲み取り、役職者によるSWOT分析を行い、役職者会議で作成した素案を職員会議で提示し完成させている。施設長が職員面談後の検討結果を役職者会議でまとめ、職員会議で周知するという仕組みができている。今後は、評価・見直しに対しても組織的に行われることを期待したい。</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。 | 高7 | a・⑥・c |
| <p><コメント> 事業計画は、事務所前に設置した事業概要に掲載されているが、利用者や家族への説明は十分とはいえない。今後は、利用者等に対してわかりやすい資料を作成するなどの工夫により、利用者、家族等に事業計画の内容を周知する取組が望まれる。</p> | | | |

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

| | | 第三者評価結果 | |
|---|---|---------|-------|
| I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。 | | | |
| 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> ケース会議や介護業務調整会議、看護業務調整会議、各委員会等の会議には、施設長もできるだけ出席している。サービスの評価を実施し結果を分析しているが、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、それらを職員参画のもと取り組むことで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り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。 | 高9 | a・⑥・c |
| <p><コメント> 課題については職員で情報を共有し、見直しを行っている。また、実践後は評価をしているが、施設全体でのPDCAサイクルが十分機能しているとは言えない。今後は、課題の明確化と改善計画の策定、それらを職員参画のもと取り組み、組織的かつ計画的、継続的に取り組まれることに期待したい。</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 | ①・b・c |
| <p><コメント> 施設長は、毎月の職員会議で事業計画の進捗状況や支援状況と課題等について職員と協議し、助言や指導を行っている。職務分掌には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。施設長不在時の権限移譲についてはBCP(事業継続計画)に記載している。</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 | ①・b・c |
| <p><コメント> 施設長は、法人主催の研修(内部研修)で様々な法令等について学んでいる。職員会議では、法令遵守の勉強会を行っている。法令遵守について自己チェック表を用いて職員全員に実施し、自らを振り返る機会を与え、施設内の現状把握に努めている。法人のコンプライアンス委員会による、施設長会議で施設内の法令遵守への取組を定期的にチェックする仕組みを設けている。</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 | ①・b・c |
| <p><コメント> 施設長は、毎月の役職者会議や職員会議で施設の現状や課題の把握と、助言・指導を行っている。また、感染症蔓延防止委員会、身体拘束適正化・虐待防止委員会、防災対策委員会、医行為安全対策委員会等を定期的に開催し、職員はそれぞれ参画する委員会で支援の質の向上に取り組んでいる。定期的な職員面談で現状把握に努め、年間研修計画に反映させることにしており、職員が参加を希望する研修を確認して、役職者会議で検討し決定することとしている。</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 | ①・b・c |
| <p><コメント> 施設長は、毎月の施設長会議で施設の支援の状況や職員の勤務状況、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。毎月の役職者会議や職員会議で、稼働率、月間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。ノートパソコンやタブレットの導入によってICT化による業務効率を図り、職員の働きやすい環境に配慮している。</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。 | | | |
| 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行っており、施設は欠員が発生する前に必要な職種、人数を法人人事課に提出して人員を確保している。新入職員は法人の新人研修終了後に配属を決定する流れであり、施設内では45日間のOJT研修を行っている。今後は、施設の中期経営計画に必要な福祉人材や人員体制について、具体的な計画を策定し、より一層の人材確保の体制の確立に期待したい。</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、周知を図っている。法人で統一した人事管理基準(キャリアパス)を設けており、施設もその基準に沿って人事管理に取り組んでいる。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及び達成状況の確認と評価基準(作業職務能力)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> 6月、10月、2月の課長面談と年1回の施設長面談で、職員の意向・意見、労働時間や人間関係の現状や取得したい資格等を把握している。法人内に相談窓口を設置し、職員が相談しやすい環境を整え、ストレスチェック(年1回)も実施している。職員の希望休は月2日までとし、施設全体で希望休が取れるよう配慮している。また、ICT化により業務効率を図って職員の負担軽減に努めている。産休・育休制度や、日勤のみや時短勤務を取り入れ、復職した職員も多い。</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> 年度はじめには、職員一人ひとりが年間目標を「面接シート」に記入している。6月、10月、2月の面談で目標の達成状況の確認とフィードバックを行っている。等級ごとに到達すべきレベルが明確に定められており、評価基準(作業職務能力)表による評価が行われている。その際には、法人の資格取得制度を説明し、職員のキャリアアップのサポート体制を充実させている。</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・①・c |
| <p><コメント> 法人の内部研修で、階層別や分野別の研修を実施している。研修受講後は、報告書とレポートの提出により理解度を把握している。法人の「キャリアパス制度」に組織が必要とする専門技術等を明示しているが、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指す基本方針の記載があると良い。年間研修計画は、役職者会議で職員が参加したい研修を考慮・検討し、策定している。予定外の外部研修は、年間研修計画とのバランスを考慮して参加する職員を決め、必要に応じて翌月の研修予定を変更、年間研修計画の見直しが行われている。</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・①・c |
| <p><コメント> キャリアパスの階層別に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されている。非常勤職員にも法人の全体研修や職場内研修を受ける機会を設けている。新人職員は、入職時に施設内研修と法人本部の研修カリキュラムを受講している。今後は、研修を受講することで得られた成果の評価・分析により、職員の育成と質の向上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・①・c |
| <p><コメント> 法人本部が学校と連携し、介護職の実習生を受入れているが、実習に関する基本方針の明文化や実習生受入れマニュアルの策定には至っていない。今後は、積極的な実習生の受入れと、実習指導者講習を修了した職員による指導により充実した実習となることに期待したい。</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 | ①・b・c |
| <p><コメント> 施設ホームページには理念・基本方針・行動指針、提供する福祉サービスの内容、法人ホームページには事業計画及び予算・決算情報、運営施設への苦情および解決結果を公開している。機関紙「えがお」は、まちづくり協議会やいきいき広場に設置している。地域とは、防災フォーラムや渡場かもめ会のほか、町内会役員とも定期的にコンタクトを取るなどして、施設の取組等を周知している。</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、経理等の取引に関するルールは経理規程に明記し、職務分掌表で職種および担当者の職務内容を明文化し周知している。定期的な内部監査と、法人で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報告書にて改善を行っている。</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 | ②・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繋がりを保つための支援を掲げている。コロナ禍で地域との交流は減ってはいるものの、渡場まつり等の地域行事は希望に応じて付き添い支援を行っている。施設の集会室を地域の町内会の会合や個人に無料貸出等も行っている。</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> コロナ禍で積極的な受入れが困難となっている。受入れ時の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、利用者への安全に配慮し、不安にならないよう利用者に周知してから活動を開始している。ボランティア受入れ後の意見交換の実施により、必要な研修の把握等が行われると良い。</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・②・c |
| <p><コメント> 高浜市高齢者を支える家族のつどいや地域の医療機関等の会議に積極的に参加し、連携が図られている。また、福祉ビジョン会議に施設長が参加し、地域の福祉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望まれる。</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 | ②・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行い、地域の福祉課題や各事業所の状況の把握、地域の福祉ニーズへの対応等が検討されている。法人として力を入れて取り組んでいる取組である。</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・②・c |
| <p><コメント> 高浜市生活管理短期宿泊事業の委託契約や地域防災活動(防災フォーラム)の実施、地域のかもめ会に加入し、海岸清掃やお祭りに参加するなど、地域貢献活動に力を入れている。今後は、地域の福祉ニーズに基づいた具体的な事業や活動を中期経営計画や単年度事業計画で明文化し、計画的かつ継続的な取組となることに期待したい。</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 | a・②・c |
| <p><コメント> 4月の全体会議で、身体拘束や権利擁護に関する内部研修を実施し、参加できない職員については資料や報告書を回覧し周知している。言葉遣いで気になることがあればできるだけ注意するようにしているが、職員同士で注意し合える環境づくりがなされると良い。また、権利擁護に関してのチェックリストを活用して、集計・分析した結果から職員への周知や改善するための研修等が行われることにも期待したい。</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 | a・②・c |
| <p><コメント> 利用者の居室はすべて個室となっている。入浴は同姓介助を基本に対応しており、女性の利用者については厳守している。また、トイレのドアを開けっぱなしにしない、外から見えないよう暖簾をつける、利用者の居室に勝手に入らない、ドアはロックするなど日頃から意識して取り組んでいる。写真の使用は、入所時に説明し同意を得ている。利用者の前で他の利用者の話をする場面でも、プライバシーに配慮することが求められるため、研修等の実施による意識向上を図りたい。</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。 | | | |
| 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・②・c |
| <p><コメント> パンフレットは市役所やいきいき広場のほか、居宅支援事業所から希望があれば配布している。施設独自のホームページはあるものの更新されていない点は改善が望まれる。「一般」か「特定」どちらかわからないため、必ず施設に来てもらい説明することとなり、居室やお風呂の見学のほか、料金や食事、薬等についても丁寧な説明を心がけている。入所待ちの方には、郵送等で定期的確認しており、空室が出てもすぐに対応できるようにしている。</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> 入所時には、入居のご案内や料金表、重要事項説明書、契約書を活用して、なるべく専門用語を使わないよう配慮して説明している。よく聞かれるポイントをまとめ、質問等があってもすぐ答えられるよう準備している。サービス計画書作成時のカンファレンスには家族や利用者も必要に応じて参加しており、計画の内容について同意を得ている。利用者や家族が理解できるような説明についてさらなる工夫に期待したい。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント> 福祉施設の変更の際は、入院もしくは隣接の特別養護老人ホームへの入所がほとんどである。変更や移行の際は、変更先や変更元の施設に出向いて事前面接を行い、どのように生活しているかの確認や施設の状況等を伝え、急な変更などにより利用者が不安にならないよう努めている。入院等で施設に戻れない場合は、家族への説明と病院の医療ソーシャルワーカーと連携するなどして対応している。</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 ・ b ・ ③ |
| <p><コメント> 利用者の満足を把握する仕組みがなく、利用者への聴き取りや面談等も行われていない。今後は、利用者や家族へのアンケート、個別面談等が定期的に行われること、また、新型コロナ収束後の家族会や懇談会の再開に期待したい。</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 | a ・ ⑥ ・ c |
| <p><コメント> 苦情解決体制が整備され、重要事項説明書や掲示物から確認ができる。1Fのエレベーター前には意見箱が設置され、職員からは見えにくく利用者がよく通り出しやすい場所である。苦情の際は、朝礼や昼礼で周知、内容に応じて職員会議でも周知し共有を図っている。職員の声かけに対する苦情の際は、スピーチロックの研修を実施した。今後は、施設のホームページを活用した苦情内容及び解決結果の公表と苦情内容の共有の強化が望まれる。</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 | a ・ ⑥ ・ c |
| <p><コメント> 居室や談話室、喫茶室など利用者が話しやすい場所を選べるようにしている。利用者が言いやすい雰囲気づくりとしてクラブ活動の際に話しかけたり、表情が普段と違う時などは声をかけたり職員側からアプローチしている。また、日頃からわからないことや何かあれば何でも話してくださいと伝えている。より相談しやすい環境として、掲示物を活用した周知等も検討されたい。</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 | a ・ ⑥ ・ c |
| <p><コメント> 利用者からの相談は業務日誌に記録し、朝礼やケース会議で周知・共有している。内容に応じて、グループリーダーや生活相談員、施設長で対応している。対応に時間がかかる場合にはその旨を伝えたり、無記名による相談や意見の場合には、利用者全員にわかるよう掲示にてフィードバックしている。利用者や家族からの申し出は様々であり、それらに適切に対応するためにもマニュアルの整備が望まれる。</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 | a ・ ⑥ ・ c |
| <p><コメント> リスクマネージャーや担当者を設置し、利用者の安心・安全の確保に努めている。ヒヤリハットや事故報告書の作成と集計・分析は身体拘束適正化・虐待防止委員会を中心に行われているが、ヒヤリハットの件数を増やすことにより職員の気づき力や安全への意識の上昇を図られたい。転倒や誤薬事故が多く、朝礼や昼礼等で報告や検討が行われている。また、ベッドセンサーを設置し、今後は居室へのカメラの設置なども検討している。AEDや救命救急訓練、救急カードの使い方等も内部研修や避難訓練にて実施している。リスクマネジメントマニュアルの定期的な見直しの実施が望まれる。</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 | a ・ ⑥ ・ c |
| <p><コメント> 新型コロナウイルスのBCP(事業継続計画)は作成中である。その他の感染症については対応マニュアルを整備し、それに基づき対応している。感染症蔓延防止委員会を中心に、啓発活動や勉強会が行われているが、すべての職員が参加しているわけではないため、感染症への対応力に差が生じている現状が見られる。非常勤職員を含む多くの職員が参加して学ぶための工夫に期待したい。</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 | ① ・ b ・ c |
| <p><コメント> 定期的な避難訓練や法人での防災訓練、地域での防災フォーラムの実施など、防災への意識は高いと感じる。利用者には集会室でパワーポイントを使った説明や地震の動画を流すなど防災教育を行っている。津波や洪水、地震や火災の訓練を行っており、食料等は数ヶ所に分けて備蓄している。防災フォーラムは地域を巻き込んでの取組であり、ゴミ袋でポンチョ、新聞紙でスリッパ、牛乳パックで笛を作るなど身近なもので非常時に備える知識を提供している。</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。 | | | |
| 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・㉔・c |
| <p><コメント> 標準的な実施方法として、法令遵守規程や介護技術マニュアルを作成している。理念や基本方針、職員としての心構えなどが記載された法令遵守規程を配布して、共通理解に努めている。介護技術マニュアルはあるものの、更新が行われていないため、定期的な見直しが求められる。利用者ごとに援助要約表を作成し、月2回のカンファレンス等で確認したり共有できるようにしている。</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・㉔・c |
| <p><コメント> 利用者ごとの援助要約表は状態が変わらなければ年1回見直しを行い、急な変更の場合には随時見直しを行っている。介護技術マニュアルは、日頃の支援を振り返り、現状に沿ったものとなるよう定期的な見直しの実施に期待したい。また、マニュアル類作成後の効果的な活用にも期待したい。</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 | a・㉔・c |
| <p><コメント> アセスメントシート・援助要約表にもとづき、担当者によるアセスメントが行われ、介護職員や看護師等の他の職員の意見をもとに修正、グループリーダーや生活相談員に回覧後、生活相談員がサービス計画を作成する仕組みとなっている。日々の支援の様子はケース記録から確認できるが、計画に沿った支援かどうかは記録からは確認できないため、様式の工夫が望まれる。また、自立支援に力を入れていることから、できないところに注力するだけでなくどうしたらできるのかを視点にしたアセスメントが実施されることに期待したい。</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 | a・㉔・c |
| <p><コメント> 月2回のケース会議でサービスの実施状況の評価・見直しを行っている。今年は、職員が担当している利用者を年2回議題で取り上げ、2回行うことで前回から変わったことがわかるようになった。退院して緊急に計画を変更せざるを得ない場合には、再アセスメントを実施し、計画を作成し直している。アセスメントは担当職員が行い、サービス計画書は生活相談員が作成していることから、担当職員のサービス計画書に対する意識が薄いと感じており、アセスメントや計画の意義や重要性について自立支援の視点も交えて勉強会等を検討されたい。</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・㉔・c |
| <p><コメント> 記録様式は統一したものを使用している。日々の支援はケース記録や業務日誌に記録しているが、計画に基づいた支援が実施されているかどうかはケース記録からは確認できなかった。記録の書き方については入職時の指導のみで、その後は行われておらず、今後の課題として捉えている。また、ケース記録やその他必要な情報は、朝礼や昼礼のほか、紙やPCで見ることができるようになっているが、確認しないまま業務に入ることもあり、共有には課題が見られる。</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・㉔・c |
| <p><コメント> 個人情報保護規程に基づき書類の保管が行われている。個人情報の入った書類などは介護員室の書庫に保管し、個人情報の持出については、氏名を出さない条件で許可を得てから持出可としている。業務中の個人携帯電話の使用はなく、カメラ等は施設用のスマートフォンを利用している。個人情報使用の同意については利用者や家族に説明し同意を得ている。職員には、入職時に個人情報保護について説明しているが、入職後の定期的な勉強会などは開催されていないため、職員の意識向上を図るためにも継続的な研修の実施が望まれる。</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> 入居者の認知症などの進行や、発語が難しい利用者もおり、思いや希望の把握が難しいことも増えているが、日頃の関わりや生活相談などを通じて把握に努めている。月2回のケース会議や毎月の職員会議、その他の各種会議、朝礼や昼礼等で利用者の状況や変化、必要な支援の方法について共有し、利用者一人ひとりの状況に応じた支援に努めている。</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 | a・②・c |
| <p><コメント> 耳の聞こえが悪い利用者には補聴器の利用を促したり、ジェスチャーを交えてはっきりゆっくり伝える等して尊厳を損なわずコミュニケーションが図れるよう配慮している。視力が低下した利用者には、物に触りながら説明したり、認知症でコミュニケーション力が低下した場合には、できるだけ声かけて安心してもらえるよう配慮している。不適切な対応にならないよう、言葉遣いや対応で気になる場合は、個別で上司から指導するなどして改善を図っているが、職員同士で注意し合えるような環境があると良い。</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 | a・③・c |
| <p><コメント> 権利擁護規程やマニュアルを整備し、新人研修で周知している。身体拘束適正化・虐待防止委員会や内部研修委員会による不適切な対応や言葉がけなどの具体的な事例を用いた研修が行われており、虐待が発生した際の所轄行政への届出および報告手順は心得ている。権利擁護に関するチェックは実施しているが、その集計および分析、活用は今後の課題となっており、期待したいところである。</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 | ④・b・c |
| <p><コメント> 建物は古いですが、契約業者の清掃により浴室や共用部分の清潔が保たれている。共用部分には回想法でも利用する昭和の物品が随所に置かれ、懐かしさを感じる環境となっている。ふれあいルームや喫茶室、談話室等は、フロアごとに読書、レコード鑑賞ができるよう整えられ、利用者がくつろいで過ごせる環境となっている。居室は利用者のこれまでの生活を尊重したこだわりの品を持ち込めるようにしており、仏壇を持ち込む利用者もいる。</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 | ⑤・b・c |
| <p><コメント> 入浴は週3回、自立している利用者は見守りを実施し入浴困難な利用者は個浴で介助と褥瘡チェックを行っている。女性の利用者には同性介助を徹底し、プライバシーや羞恥心に配慮している。体調を把握し、状況に応じてシャワー浴や清拭等で対応している。</p> | | | |
| | 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。 | 高53 | ⑤・b・c |
| <p><コメント> 歩くことを維持することでできるだけトイレで排泄できるよう支援している。状況にもよるが要介護3以下の利用者は、日中はトイレでの排泄を支援している。夜間に使用するポータブルトイレでの排泄後は、すぐ片付けているため居室には排泄物の臭いはない。排泄物の異常があれば看護師に確認をしてもらい、対応できるようにしている。</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 | ⑤・b・c |
| <p><コメント> 自分で移動できるよう支援している。カンパレンス等で歩行に不安や心配を訴える利用者や気になる利用者の歩行状況を共有し、筋力維持向上を目指して福祉用具の活用や日々の支援を検討している。そういった取組から、利用者が自分で動きたいと自ら願う努力されることが多い。利用者の状況を見ながら、車いすを使用することもある。</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 | a・⑥・c |
| <p><コメント> 利用者は、棚から副菜・主菜を取りトレーに載せ、ご飯・お粥は自分で量を調整して盛り付け、自分の席に運ぶビュッフェスタイルとなっている。今年からクックチルに変更し、普通食とソフト食で咀嚼や嚥下機能に応じた食事提供は行われているが、メニューの選択肢がない点や中間の軟菜がない点において、利用者満足の向上を図る工夫がなされることに期待したい。食堂の入口にはレストランと表示し、広くゆったりした環境となっている。</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 | ⑥・b・c |
| <p><コメント> 利用者の心身状況や咀嚼、嚥下能力に応じた食事提供を心がけている。介助が必要な利用者には、必要などころを介助するように努め、食器類は持ち手のあるお椀や補助具を活用している。嗜好調査で希望のあった赤飯や海鮮ちらし寿司を提供した際は、好評で食が進んだ様子が窺えた。適切な水分量が摂取できるよう、適度な運動を勧めたり好きな飲み物やゼリーなど、こまめに飲めるよう工夫して提供している。</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・㉔・c |
| <p><コメント> 適切な口腔ケアの実施のため、歯科医による口腔ケアの研修会を行ったことはあるが、継続的な取組には至っていない。義歯が合わなくなったり、口腔内に何らかの問題が生じた場合は、食欲低下を防ぐため訪問歯科や家族の付き添いで歯科医院を受診するなど早めの対応に努めている。日常の口腔ケアは見守りを中心に行い、必要に応じて手伝っている。</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 | ㉔・b・c |
| <p><コメント> 寝たきり状態の利用者はいないが、入浴や排泄時の皮膚確認で褥瘡予防に努めている。以前の看取り対応では、仰臥位や側臥位のポジショニングやクッションの当て方のシーティングの写真を共有し対応したことがあり、経験や学びに繋がった。</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 | a・㉔・c |
| <p><コメント> クラブ活動の介護予防クラブ回想法、朝の体操や散歩等で介護予防を図っている。基本的には時間はかかるが自分でできることは自分で行ってもらっている。看護師による機能訓練や予防的対応は行われているが、個別の対応や専門職から指導を受ける機会はなく、クラブ活動も自主参加のため、積極的な個別支援の取組とは言えない。今後の課題として取り組むことに期待したい。</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 | a・㉔・c |
| <p><コメント> 認知症予防のため回想法を取り入れた環境が整備され、昭和初期の街並みや懐かしい玩具や品々を随所に展示している。認知症予防の内部研修で知識を得て、対応に活かしている。例として、忘れっぽくなり困っている利用者に忘れたことのヒントを伝え思い出してもらおうといった行動からの読み取り、意識づけ等、根拠に基づいた支援を心がけている。回想法や学習療法は利用者の選択制であり、利用者の意欲を高められるような取組の工夫に期待したい。</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・㉔・c |
| <p><コメント> 内部研修や会議等で、急変時の対応等について繰り返し周知されている。緊急時の対応や連絡方法はフローチャート形式で明記し、わかりやすい。看護師による服薬管理が行われており、薬が変わった時には体調等の変化に注意して記録に残している。看護師との連携体制はあるが、疾病や薬の効果、副作用に関する研修等が行われると良い。</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 | ㉔・b・c |
| <p><コメント> ターミナルケアマニュアルを整備し、利用者、家族対応を含めて対応した実績が確認できる。家族や医療との連携を密に図り、家族や職員が不安にならないよう配慮している。看取り後は、対応について振り返り、反省を活かすことで看取り体験が無駄にならないよう申し送りを行っている。</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 | a・㉔・c |
| <p><コメント> 家族懇談会や行事への参加をお誘いしていたが、コロナ禍で実施できていない。そのため、利用者の状況報告は電話でその都度伝えている。体調変化時にも連絡し、家族の付き添いで受診を依頼している。必要な物品依頼や外出行事の許可等で連絡し、協力いただいた時には職員から連絡している。面談時や相談を受けた際は記録に残し共有を図っているが、職員全体への共有や日常の家族への連絡や報告については、課題も見られることから改善に期待したい。</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 | | | |