

評価細目の第三者評価結果(高齢者福祉サービス)

判断水準	
「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

※ 最低基準を満たしていることを前提

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	コメント
I-1-1(1) 理念・基本方針が確立・周知されている。			
1	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a	法人理念「福祉の心を社会のために＝私たちは施設を利用される方の個人の尊厳を保持し、日々充実した生活を送られるよう支援します」と基本方針を明文化し、施設内に掲示するとともに広報誌・パンフレット・ホームページ等に記載している。職員には毎年度当初の全体会議で、施設長が理念・当該年度の基本方針を資料を用いて具体的に説明している。また毎年4月から6月の間は各フロア朝礼時に理念を唱和して周知を図っている。利用者には4月の懇談会で事業計画と共に理念・基本方針を説明している。家族向けには理念・基本方針を説明した書面と事業計画・行動計画を送付し理解の促進に取り組んでいる。日々において理念(尊厳の保持)に沿った自立支援介護の実践を通じ、職員・利用者・家族への周知を図っている。

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果	コメント
I-2-1(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
2	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	関係団体(老施協、経営協、ケアハウス部会、介護福祉士会等)・行政からの情報を含めて社会福祉事業全体の動向把握を行っている。法人内に地域包括支援センター(2ヶ所)・居宅介護支援事業所を有しており、また施設長は地区福祉施設協議会の役員を務めており役員会への出席を通じて、地域の情報(利用者数・利用者実態、福祉ニーズ等)を継続的に把握・分析している。施設内では代表者会議にて要因分析を実施して今後の見通しを役職員で共有している。
3	② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a	毎月、法人内の定例理事会・評議員会にて報告事項を共有して経営課題を共有している。施設内では管理者会議の中で経営状況や具体的な課題について協議している。管理者会議・予算編成委員会での決定事項・提案等は各会議(代表者会議、ユニットミーティング)を通じて各リーダー・職員と課題を共有して、解決・改善に具体的に取り組んでいる。

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果	コメント
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	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	「経営の安定性と利用率の確保」「無理、無駄のない経費削減」「施設等の計画的整備」「個別ケアの充実と科学的根拠に基づく自立支援介護の強化」「人材の確保、育成、定着／魅力ある職場作り」「社会貢献活動・積極的な地域との交流」「感染症対策」を柱とする中・長期計画(3ヶ年)を策定しており、社会環境の変化に合わせて随時計画の見直しも検討している。
5	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。	b	中・長期計画の内容を踏まえ、単年度の事業計画(運営計画)を策定している。運営計画は施設全体の数値目標(1日平均利用者数、職員配置数)や各部門の重点項目を明示した内容となっており、1カ月単位で検証している。具体的に数値化した計画の策定と評価・見直しを実施しやすいスキーム作りを課題としている。
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
6	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	運営計画の数値目標は前年度の評価・職員の意見を踏まえて設定している。組織の目指す方向性を踏まえ、各部門の具体的な取り組みを重点項目として明示している。運営計画は職員全体で作り上げる流れとなっており、年度当初の全体会議で周知している。運営計画の進捗状況は半期毎にリーダー会議・部署会議の中で振り返りを実施して評価している。評価実施時に計画の修正が必要な場合は施設長会議・管理者会議にて見直しを検討している。
7	② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a	中・長期計画や運営計画の要点について、施設内の食堂や各フロアに掲示するとともに、利用者には4月の懇談会にて説明して意見を聞く機会を設けている。家族向けには資料を用いて家族に送付して説明している。

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	コメント
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	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	施設内の各活動・実施案件(自立支援介護、各委員会、研修、行事企画等)は、PDCAサイクル手法に基づいて行う体制が整備されている。年1回、第三者評価の自己チェックリストを用いて、運営委員会にて各フロアリーダーを中心に運営上の自己点検を実施して改善点を抽出している。また外部評価機関による第三者評価を受審して課題・改善点を把握して福祉サービスの質の向上に取り組んでいる。
9	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	各委員会・役職会議・該当部門等の議事録・課題を職員間で共有(回覧、パソコン内での閲覧)し、運営委員会や介護ミーティングにて改善項目別(短期取り組み、年間取り組み)を設定して段階的に実行⇒評価を繰り返して改善に取り組んでいる。

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	コメント
Ⅱ-1-1 管理者の責任が明確にされている。			
10	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	施設長は各種会議の中で施設の方向性(自立支援介護・人材育成の推進等)を職員に示している。また対外的にも自らの考え方・施設の取り組みを年度初めの広報誌にて表明している。施設長の役割・責任は分掌事務に明示しており、施設長不在時の権限委任についての代行権限を文書化して明確にしている。
11	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	施設長は行政機関からの各種通達や研修・各関係団体の会合への参加及び法人本部からの情報を通じて、運営上の関係法令全般について対応している。各規程・法令遵守マニュアルの作成や職員全体会議等の中で職員に遵守すべき事項(コンプライアンス、虐待防止、個人情報の保護等)を周知している。環境への配慮については施設全体で今後の課題としている。
Ⅱ-1-2 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
12	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	法人理念(尊厳の保持)の実現に向けて科学的根拠に基づく自立支援介護の実践に指導力を発揮している。サービスの質を担保するために人材育成・業務のIT化(省力化、情報共有)により生産性の向上に取り組んでいる。人材育成のために多様な専門委員会活動・研修の体制を構築し、職員の自主性の発揮や事業計画への参画推進等、サービスの質の向上のために職員にとっても魅力ある職場作りに取り組んでいる。
13	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	施設長は毎月の試算表・目標管理・勤怠管理を確認し、人事・労務・財務について分析・把握を行っている。経営課題の改善(人材育成、職場環境・働くBOXの設置)や業務の効率化(タブレットによる記録の効率化、介助ロボットの導入等)にも積極的に取り組んでいる。

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果	コメント
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	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	法人全体の要員計画・配置基準(有資格者)に基づき、施設側より必要な人材要因を法人に伝達して、福祉人材の確保に取り組んでいる。人員配置は休日消化・有給消化が実施可能な体制を整備している。法人全体で各種採用ルート(養成機関の新卒者、ハローワーク、就職フェア、SNSの活用等)を通じて採用活動している。職員研修は階層別で適材適所の研修計画を立案している。働きやすい職場として産休・育休休暇者による人員不足の予測を立てながら求人している。
15	② 総合的な人事管理が行われている。	a	法人として「求める職員像(行動規範)」を明文化し階層別に職員に期待する人材像を示している。人事考課制度では職員のパフォーマンス・モチベーション・専門性・職務遂行能力・貢献度等を定期的に評価している。給与規程にキャリアパスの内容を明示しており研修を実施して職員自ら将来像を掲げてもらっている。人事考課表の見直しや考課者の教育訓練も実施している。把握した職員の意向・意見は所属する部署の幹部職員と改善策を検討・実施している。

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	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 職員一人ひとりが働きやすい環境作り(計画的有給休暇付与、育児休暇・短時間勤務制度、予防接種、健康検診等)に取り組んでおり、「いしかわ魅力ある福祉職場制度」の認定を受けている。若手職員で構成する「魅力アップ委員会」(施設の魅力発信)や「はた楽BOX」を設けて職員の本音・不満・改善してほしい事をピックアップして、職員にとってより働きやすい職場環境作りに活かしている。メンタルヘルスに配慮し、ストレスチェックの機会(年1回)や相談担当者・産業医によるサポート体制を整備している。
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	① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a 人材の確保・育成・定着に関する方針を、中・長期計画に明示しており、就業規則や行動規範等に階層別に期待する職員像を示している。人材育成のために人事考課制度を策定して職員に研修を行いし、目標管理に基づく面接(年2回)を実施している。人事考課の結果は職員にフィードバックし、職員のモチベーションの維持向上を図っている。
18	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 職員の教育・研修に関する方針を中・長期計画に明示している。法人本部の年間研修計画と施設内での研修会・勉強会(法定、サービス強化、自立支援介護の勉強会等)と外部研修受講を実施し、受講後はレポート提出により研修成果を確認している。運営委員会が施設内の研修会・勉強会の評価・分析を行い、次年度の計画内容に活かしている。
19	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 新人職員には新人育成プログラム・プリセプター制度を整備しており、OJTにより育成・スキルアップを図っている。現任者には一人ひとりの経験・能力を分析し必要な外部研修(階層別、専門分野等)の受講を計画している。施設が計画する研修だけでなく、職員が自己啓発的に参加できる外部研修に関する情報を掲示板で周知している。
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	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 介護実習受入れマニュアルに実習の方針・目的・流れ等を明示している。実習指導者研修修了者を配置しており、実習生にとって効果的な実習内容となるよう取り組んでいる。事前に実習指導者連絡会に出席して、養成校が用意したカリキュラムに沿った実習を実施し、巡回時・中間・最終と実習を振り返る機会を設けている。高校生の職業体験の受け入れも行っている。

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果	コメント
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	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	施設の各種情報(理念、運営方針、中・長期計画、運営計画、広報誌LIFE、ブログ、第三者評価他)をホームページ上で公開(リンク貼り付け含む)し、運営の透明性を確保している。利用者・家族からの苦情・意見は施設対応を広報誌に記載して対応を周知している。
22	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	法人内・施設内の取引に関するルールを経理規程に定めている。運営面に関し、必要時は外部専門家(公認会計士、社会保険労務士等)の助言を受けている。法人内で定期的に監事による内部監査を実施している。

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果	コメント
II-4-1 地域との関係が適切に確保されている。			
23	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	中・長期計画に「社会貢献活動・積極的な地域との交流」を明示している。活用できる地域の社会資源は施設内の2階に掲示している。コロナ過以降は自粛しているが、地区福祉協議会を通じてボランティア活動を受け入れている。利用者の介護タクシー・移動スーパーの利用や近隣へのショッピング等の外出支援に取り組んでいる。
24	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	ボランティア活動マニュアルに目的(地域福祉の向上、ノーマライゼーションの推進、サービスの透明性等)を明示し、各種ボランティア(傾聴、施設内行事補助等)の受け入れを行っている。学校教育への協力の観点から、こども園・小中高学生の職業体験や施設見学を通じた交流の受け入れも行っている。コロナ過では受け入れを制限していたが、今後は再開していく方針である。
II-4-2 関係機関との連携が確保されている。			
25	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	地域の社会資源に関する情報をとりまとめて運営委員会を通じて職員間で共有している。地区福祉施設連絡協議会参加し関係機関・団体と連携している。利用可能な社会資源は電話帳を食堂に貼りだしている。
II-4-3 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
26	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	ティールーム剣崎を開催して民生委員・社会福祉協議会と協力し認知症勉強会やオムツ当て方講習会等を地域住民向けに行い、地域住民のニーズに把握と交流を図っている。災害発生時には地域の福祉避難所としての役割を担うために、今後は地区住民の一時避難場所も兼ねるように協議している。コロナ過では開催を自粛しているが、再開に向けて取り組んでいく方針としている。
27	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。	b	地域の福祉ニーズの把握のためにティールーム剣崎(コロナ過では自粛)の開催や地域行事(クリーン作戦、運動会、敬老の日の集い等)に参加している。施設が有する自立支援介護・認知症ケアのノウハウを利用者家族・地域住民に還元できるよう、地域の在宅介護への貢献活動に取り組んでいる。また地域の防災活動にも参加している。

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	コメント
Ⅲ-1-1 (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。			
28	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	「個人の尊厳の保持」を法人理念に明示し、介護マニュアルを策定して自立支援介護の実践に取り組んでいる。毎年の法人内研修を通じて職員の意識向上を図っている。毎年4月の全体会議(今年度は書面)・施設長からの訓示で職員に倫理綱領を確認する機会を設けている。毎年度末に法人全体で人権擁護研修(外部講師)を実施し職員への意識づけを図っている。
29	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	利用者の権利擁護のためにプライバシー保護マニュアル・虐待防止マニュアルを整備している。毎年「プライバシー保護」「虐待防止」をテーマとする法人内研修・施設内勉強会を実施し、職員に周知徹底を図っている。プライバシー保護のために居室は基本的に全室個室となっている。生活場面では羞恥心に配慮し、排泄・入浴介助時は同性介助の希望に対応している。不適切事案が発生した場合の対応手順は、虐待防止マニュアルの中に明示している。
Ⅲ-1-1 (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	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	法人理念や提供するサービス内容を記したパンフレット・ホームページ(ブログ)・広報誌・生活の手引き等を整備し、利用希望者に対して必要な情報を提供している。施設全体で取り組んでいる自立支援介護についても、利用者・家族が分かりやすい資料・施設内案内を準備している。入所申し込み・電話相談時には、資料の郵送や施設での対面説明やお試し利用を勧めている。
31	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	入所時は「生活の手引き」「重要事項説明書」を用いてサービス内容(理念、自立支援介護の取り組み、料金等)を事前面談確認表に沿って詳しく説明して確認している。契約書・重要事項説明書の内容については書面で同意を得ている。福祉サービスの変更は区分変更手順書に準拠して行っている。
32	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	福祉サービスの継続性に配慮し、サービスの変更(家庭復帰、病院・他事業所への移行)を想定した「区分変更手順書」「退園手順書」を整備している。サービス変更(家庭復帰、病院・他事業所への移行)後に家族に渡す書面(退所されたご家族様へ)に相談窓口担当者・連絡先を明示している。
Ⅲ-1-1 (3) 利用者満足の上昇に努めている。			
33	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。	a	年1回、満足度調査手順書に準拠して満足度調査(一般利用者、特定利用者、家族)を行い、満足度の把握・分析を行って職員全体で情報共有している。また利用者とは毎月の懇談会を通じて意見・ニーズの把握に取り組んでいる。アンケート結果は運営委員会にて内容を検討して施設の対応を明文化しフィードバックしている。
Ⅲ-1-1 (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	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	苦情解決の仕組み(受付窓口・解決責任者・第三者委員の設置等)を整備している。入所契約時に渡すチラシ(苦情受付フローチャート図)、施設内でのポスター掲示、ホームページを通じて利用者・家族への周知を図っている。苦情を申し出やすいよう、意見箱を各階に設置している。苦情が生じた場合は苦情ファイルに記載し、運営委員会にて適切な対応策を講じている。苦情内容・改善策は家族の同意を得て、玄関に掲示・広報誌で公表している。職員には全体会議の場で、苦情内容・考察・改善策等を周知している。今後、苦情の内容・改善策をホームページ等でも公表する取り組みが期待される。
35	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	相談・苦情受付フローチャートを作成しエレベータ横に掲示している。毎月の懇談会では話しやすい雰囲気づくりに配慮し、利用者の希望に応じ、居室・談話室等でも話や相談出来る環境を整備している。利用者との会話はケース記録に記載して情報共有している。日頃より職員が利用者に声をかけて他のサービスの利用希望や生活上の悩み等を述べやすい機会作りに取り組んでいる。相談・受付内容は利用者の了承と匿名で広報誌で公表している。
36	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	利用者・家族の声に組織的かつ迅速に対応出来るよう、「意見・提案等」に関する対応マニュアルを整備している。また毎月の懇談会にて利用者の声を吸い上げる機会を設けている。意見・提案・要望等については運営委員会・介護ミーティングで検討し、迅速に回答・説明している。対応マニュアルは運営委員会で年1回見直しを検討している。今後、利用者の意見・提案を受けた場合の一連の流れについても、フローチャート図化が期待される。
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	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	安心・安全なサービスの提供のためにリスクマネジメント体制(年2回の研修実施、リスクマネジャーの選任、事故発生時対応マニュアルの整備、月1回の事故防止委員会の開催、ヒヤリハット・事故報告書等)を構築している。ヒヤリハット・事故報告は事故防止委員会で検討し、対応・改善策を講じている。毎月、事故防止委員会でヒヤリハット・事故報告の内容を集計・分析して再発防止策の有効性についての検証を行っている。また全体会議の場で施設内のヒヤリハット・事故の事例報告を行い、再発防止策の周知を図っている。法人で賠償責任保険に加入して賠償リスクを担保している。
38	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	感染対策マニュアル(予防策、発生時の対応手順等)を整備しており、感染症対策委員会を毎月開催している。県・保健所からの最新情報を踏まえ、マニュアルの内容を随時見直している。全体会議で感染予防に関する勉強会を年2回(6月:食中毒/10月:インフルエンザ、ノロウイルス)実施し、職員への周知徹底を図っている。感染症流行期(11月~3月)に職員や外部からの出入りによりウイルス等を持ちこまないよう、健康チェック表を用いて検温を行い体調を確認している。法人全体でBCPを策定しており、コロナ感染編も準備している。
39	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行っている。	a	非常時(火災、地震、風水害、雪害、断水等)マニュアルを整備しており、防災委員会を毎月開催している。防災委員会が中心となり、毎月、災害時の対応に関する避難訓練(夜間、日曜日想定)を実施して職員・利用者に対応周知を図っている。年2回の火災想定総合避難訓練、年1回の地震・水害を想定した対応訓練を実施している。訓練では通報手順・避難場所・避難経路の確認と利用者の安否確認(点呼)や勤務外職員の安否確認(ネットサービス活用)方法を取り決めている。備蓄については食品(管理栄養士)・日用品(SPD業者)が管理し、リスト化して各ユニット・厨房に準備している。コロナ過以前は夜間訓練時に町内会の参加を依頼していたが、現在は電話やり取りのみとなっているが、今後は地域協力体制の構築に期待する。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果	コメント
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	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	各種介護マニュアル(食事、入浴、排泄、口腔ケア他)に標準的なサービスの実施方法・手順を定めている。羞恥心を伴う場面(排泄、入浴時)ではプライバシーに関して配慮すべき点を明示している。新入職員にはプリセプター制度を導入し指導職員によりマニュアル内容の達成度を定期的に確認して個別指導する機会を設けている。現任者には介護ミーティングや各種委員会・研修を通じて標準的なサービスの実施方法・手順の周囲を図っている。今後は現任者について標準的なサービスの実施方法・手順が実践できているかのチェック体制の整備に期待する。
41	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	現場からのマニュアル見直し要請があった場合は介護ミーティングでマニュアルの見直しを検討している。また年1回の運営委員会での見直し検討によりマニュアルの見直しを実施している。マニュアルの改訂箇所は赤字で表示して、旧内容と対比させて職員に分かりやすいようにしている。今後はマニュアルの見直しの経緯がわかる書面に保存に期待する。
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	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	ケアプラン作成マニュアルに計画策定の責任者・アセスメントの手順を定めている。各種書式(包括・口腔ケア・24hシート等)策定して適切にアセスメントを実施している。ケアプランの策定にあたっては素案を他職種に提示して意見を求めている。サービスの実施にあたっては計画通りにサービスが行われているかの項目別ケアチェック表を作成して確認し、委員会でも検証している。ケアプランはニーズをより具体的にとらえて、それを実現するためのサービス内容を策定(5W1Hを意識)していくことに期待する。
43	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。	a	ケアプラン作成マニュアルに、計画内容の見直しを行う時期・手順を定めている。ケアプランは基本6ヶ月毎・状態変更時に見直しを実施している。モニタリング総括を半月毎に実施して、担当者会議で検討しケアプランの更新・見直しに反映させている。
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	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	日々のサービスがケアプランに沿って行われているかを、項目別ケアチェック表やモニタリングで確認・評価している。効果的なモニタリング実施のために、統一した記録方法をミーティングで話し合い指導している。記録方法のルール化(利用者が発した言葉は「」書きで残す、5W1H方式で客観的に記入する等)に取り組んでいる。パソコンのネットワークシステム・タブレット端末を活用し施設内の各種情報を共有する仕組みを整備している。
45	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	文書管理規程に記録の保管・保存・廃棄・開示に関するルールを定めている。個人情報保護規程・分掌業務分担表を整備し、毎年全体会議で職員への周知を図っている。契約時に個人情報の利用目的を家族に説明し、書面で同意を得ている。

評価細目の第三者評価結果(高齢者福祉サービス)

判断水準	
「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

※ 最低基準を満たしていることを前提

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果	コメント
A-1-(1) 生活支援の基本			
A③	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	入居にあたり利用者・家族が安心してケアハウスで生活できるかどうか体験入居してもらっている。体験入居の中で利用者・家族の希望やケアマネジャーからの情報提供、アセスメント様式(生活機能チェックシート、興味関心チェックシート、人間関係の把握等)を活用しての情報収集を通じて、利用者の生活習慣・趣味・希望を把握している。一般利用者については行事企画を案内している。特定利用者については介護保険のサービス内容を説明している。生活関連サービスとして、医療機関への送迎・付き添い、移動スーパーの利用(注文)、理髪サービス(事前予約)を支援している。介護サービスが必要な利用者にはケース記録を基に職員間で情報共有して、利用者の希望の変化や申し送り事項があった時は介護ミーティング時に報告・検討している。また変更事項はケアマネジャーと情報共有している。毎月の懇談会での希望・意見の聞き取りや、満足度調査を実施しており、利用者・家族の意見をサービスの向上に活かしている。
A④	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	毎年、接遇についての法人内研修・施設内勉強会を実施しており、会話のスピードや聞きやすい口調、利用者の尊厳に配慮した応対・言葉遣い・選択肢ある声かけを職員に徹底している。利用者別(補聴器の有無、ホワイトボードの利用等)にコミュニケーション方法を検討しており、利用者にとってストレスの無いコミュニケーションに取り組んでいる。行事計画については利用者の意見を聞いてケース記録・申し送り記録に記載して職員で検討している。個別趣味(書道、絵画等)は利用者一人ひとりに合わせて支援している。懇談会や個別にて利用者が話したい事を話しやすい場面を設けている。
A-1-(2) 権利擁護			
A⑤	① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	a	事業所内に権利侵害に関する具体的な事例・相談先を掲示して利用者・家族に周知している。職員向けには毎年全体会議にて人権擁護に関する研修を実施している。身体拘束廃止・虐待防止に関する指針・マニュアルを整備し、身体拘束廃止委員会・虐待防止委員会(事例検討、自己チェック)や施設内勉強会を通じて職員に周知している。施設内における不適切ケア(グレーゾーン・身体拘束・虐待内容含む)について、運営委員会で施設が推奨する接遇について検討して職員に周知している。

A-2 環境の整備

		第三者評価結果	コメント
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮			
A⑥	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。	a	利用者が快適に過ごせるよう、共有空間の温度・湿度・明るさ等に配慮している。年2回保険安全衛生委員会(法人内他事業所職員)が施設内を巡視し、4S(整理・整頓・清掃・清潔)を保っているか、危険個所がないかを点検している。テレビの配置や台数、音の聞こえ方に配慮して設備を整備している。利用者の要望により自由に使える談話室を設けている。食堂での座席の配置に気を配り利用者同士の発言で雰囲気が悪くなりそうな時は職員がフォローしている。居室には自宅で使用していた家具や馴染みの物を自由に持ち込んでもらっている。

A-3 生活支援

		第三者評価結果	コメント
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援			
A⑦	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	一般浴・個浴・機械浴(リフト、ベンチ)の浴室を設けている。アセスメント・入居体験時に利用者毎に適した入浴方法を検討して、利用者個々の希望(順番、好みのシャンプー、スキンケア、メイク、同性介助等)や身体状況・体調に応じた入浴介助を支援している。利用者が安全・快適に入浴出来るよう、入浴マニュアル・個別の注意事項を整備しており、入浴介助一連の流れをマンツーマンで対応している。体調や気分によってサービスの変更(日程変更、シャワー浴、清拭、足浴)に対応している。施設外での入浴についても利用者・家族に助言して利用者の心身に合わせた入浴を支援している。
A⑧	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。	a	利用者の希望を尊重してできる限り自立排泄できる支援に取り組んでいる。利用者一人ひとりの心身の状況に合わせた支援のために、必要に応じて排泄チェック表を活用して必要な支援方法(声かけ、移動、後始末等)を検討している。利用者個別の排泄課題を把握して、水分量・運動量や排泄方法・パッド等の衛生用品の使用(フィッティング)について助言している。利用者の心身の状況は必要に応じて電話・面談で家族・ケアマネジャーと情報共有している。ヒヤリハット・事故事例は褥瘡・排泄委員会で対応策を検討している。
A⑨	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	移動介助マニュアルを策定しており、アセスメント時に利用者の心身の状況に合わせて、利用者にとって安全な移動に無理のない移動を支援している。補助具である歩行器、シルバーカー(夜間含む)、4点杖、車椅子(自走)等の使用や歩行訓練・電動脚漕ぎ器でのリハビリ、立位訓練、車椅子から椅子への移乗訓練等を支援している。またベッドコール・コールマットの使用や職員の付き添い・見守りによる移動介助を支援している。

A-3-(2) 食生活		
A⑩	① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a 栄養改善委員会にて利用者に嗜好調査を行い、利用者個別の好き嫌いを把握して必要に応じて代替食を提供している。毎食のご飯・味噌汁は施設内で調理しておかずを盛り付けている。「食の楽しみ」を感じてもらえるよう施設独自の行事食(炭火、鉄板、鍋の使用等)に力を入れている。食事時の環境・雰囲気作り(盛り付け方、姿勢、音楽、車椅子から椅子への移乗等)に配慮している。選択食の献立、お取り入れており、当日の要望にも対応している。衛生面においても定期的に調理器具・厨房の消毒を行っている。
A⑪	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 入居体験・アセスメント時に個別に嗜好調査・食事方法(形態、自助具等)を確認して、利用者の心身状況に合わせた食事形態(おにぎり、トロミ等)・自助具等の使用・テーブルの高さ調整を支援している。当日の体調や気分に合わせて利用者が食べられる形態の物への変更に対応している。食事時間についても利用者が自身のペースで食事できるよう、座席への配慮や早出し提供等に対応している。
A⑫	③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b 自立支援委員会主体で毎月口腔内チェックを実施して口腔ケア・口腔体操について検討している。利用者別に必要に応じて毎日の生活支援(ケアプラン)の中で口腔ケアチェックを実施して整容として評価・確認している。口腔内に問題がある場合は外来歯科(家族付き添い)または往診歯科を手配している。今後は口腔ケアの統一表の更新を検討している。
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑬	① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a 褥瘡発生予防に関する指針・マニュアルを整備している。入浴・更衣時に職員が皮膚状態を確認しており、早期の発見・対応に取り組んでいる。毎月の褥瘡・排泄委員会にて予防策を講じており、皮膚状態評価を年2回実施して、必要に応じてマットレスの変更、排泄物品の検討・変更、三角枕の活用や看護師・ケアマネジャーに報告し入浴時の注意事項や塗薬の塗布等を支援している。居室での体位交換、圧迫制限について利用者に助言している。
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A⑭	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。	c 現在、喀痰吸引・経管栄養が必要な利用者は入居対象ではないが、資格を持った職員(2名)について実地研修を受講予定である。法人全体で安全管理体制を整備しており、法人内では実地研修(年1回)を実施している。
A-3-(5) 機能訓練・介護予防		
A⑮	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 毎月の自立支援委員会では介護予防に関することとして機能訓練について検討している。ケアプランにも自立支援につながる運動・歩行・体操を組み入れて実施している。実施結果はケース記録をもとに自立支援委員会にて評価検討している。利用者の変化(判断力低下、認知症症状)があった場合は、家族に説明して主治医・専門医への受診を相談している。

A-3-(6) 認知症ケア		
A16	① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a 認知症対応マニュアル・認知症アセスメント・ケアチャートを整備し、認知症委員会を設置している。職員には年1回認知症ケアについて研修を実施しており、ケース記録をもとに家族と情報共有(関わり方を考える)している。生活の基本となる居室作りについては、自宅で使用していた家具・家電製品・写真を自由に持ち込んで持っている。職員は居室や廊下ソファや談話室で利用者の話を傾聴する機会を作っている。利用者個別の趣味や興味に合わせて、プランターでの野菜作りや編み物・余技展への出品作品のグループでの作成等を支援している。
A-3-(7) 急変時の対応		
A17	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 医療手順書を策定しており、定期受診・往診時は診療情報提供書を作成して主治医に渡し、主治医の署名と指示を記入してもらい連携している。年1回の健康診断と肺がん・結核検査のほか、毎日2回の検温・体調チェックを記録しており、職員が早期に異変に気が付き看護職員と連携して対応できる体制を整備している。緊急時フローチャートを策定しており、年1回全体会議にて研修を行っている。服薬については看護職員が管理しており、服薬介助する介護士に事前説明して、各フロア毎に内服・処置チェック表を作成して与薬後にサインして管理している。与薬変更があった場合はお薬手帳の写しをもらいお薬管理帳にて管理している。緊急時に備え緊急連絡先・緊急時対応表を作成している。救急搬送時は必要に応じて職員が付き添い支援している。
A-3-(8) 終末期の対応		
A18	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。	b 看取り介護手順書・医務手順書を策定している。終末期に関する意向を家族(可能な場合は利用者本人)に定期的に確認している。主治医が終末期と判断した場合は、相談員中心に家族との話し合いの場を設け、医療についての意向を確認して書面での同意を得ている。終末期は看取りプランを作成し、施設で可能な限りの緩和ケアを行っている。より良い看取り支援提供出のために、施設内でのエンドオブライフケアチーム主催の研修を実施しており、看取り事例後はカンファレンスを実施して経験を事後に活かせるよう取り組んでいる。職員のストレス・ジレンマに対しては業務の中での話し合いやカンファレンスで解決できるように取り組んでいる。

A-4 家族等との連携

		第三者評価結果	コメント
A-4-(1) 家族等との連携			
A19	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	家族対応マニュアルを策定しており、日常的に必要な物品手配の依頼連絡(電話、メール)や外来受診時に家族と連携して情報交換している。家族との面会・電話連絡の内容はケース記録に記載し、職員間での情報共有している。面会時やサービス担当者会議・ケアプラン更新時に家族の意向・要望を確認し、日頃の支援に反映している。今後は利用者と家族とがつながりを持てる行事等の企画に期待する。