

福祉サービス第三者評価結果報告書
【高齢福祉分野（施設系入所サービス）】

【受審施設・事業所情報】

事業所名称	ケアハウスるうてる	
運営法人名称	社会福祉法人 るうてるホーム	
福祉サービスの種別	ケアハウス	
代表者氏名	大柴 譲治（理事長） 石倉 智史（施設長）	
定員（利用人数）	50 名	
事業所所在地	〒 575-0002 大阪府四條畷市岡山5丁目19番20号	
電話番号	072 - 878 - 9371	
F A X 番号	072 - 878 - 5293	
ホームページアドレス	http://www.ruuteruhome.or.jp	
電子メールアドレス		
事業開始年月日	平成25年10月1日	
職員・従業員数※	正規 5 名	非正規 2 名
専門職員※	社会福祉士2名、介護福祉士4名、 精神保健福祉士1名、介護支援専門員2名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室50室	
	[設備等] 食堂6、浴室5、調理室7、更衣室1	

※印の項目については、定義等を最終頁に記載しています。

【第三者評価の受審状況】

受審回数	0 回
前回の受審時期	平成 年度

【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

評価結果公表に関する事業所の同意の有無	有
---------------------	---

【理念・基本方針】

■法人理念

利用者お一人おひとりを大切に、仕える姿勢を堅持致します。また、どのような心身の状況にあっても、ご自分の生活を自分らしく続けることができるよう、お支えに努めます。

【施設・事業所の特徴的な取組】

①ケアハウスるうてるは、食事や入浴などの準備を提供させて頂くほかは、ご自宅で生活されていた時と同じように自由に生活して頂くことができる施設です。外泊、外出はもちろんのこと、お仕事をしながらも生活していただくことが可能です。

②1人暮らしに少し不安を感じられる方も、ここではいろいろな人と交流をしながら生活を送ることができます。ユニット型で少人数の家族的な雰囲気大切にしています。ボランティアによる行事、ホーム内でのイベントなど、地域の方との交流もしていただいています。

③設備はそれぞれのユニットにリビングルームを設け、自由な交流の場としての利用して頂いたり、入浴設備もユニット毎に浴室を配置し、手すりやナースコールもあり、ご高齢の方も安心して入浴していただけるよう配慮されています。またゆっくりとした雰囲気の中で、気持ち良く入浴して頂ける「大浴場」も用意しています。食事は入居者様の健康や嗜好に合わせて提供、季節に応じたメニューをご用意しています。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	大阪府社会福祉協議会
大阪府認証番号	270002
評価実施期間	平成30年1月15日～平成30年3月30日
評価決定年月日	平成30年3月30日
評価調査者(役割)	0401A191 (運営管理委員) 0501A117 (専門職委員) () () ()

【総評】

◆評価機関総合コメント

社会福祉法人るうてるホームは、日本福音ルーテル教会の婦人会連盟の運動によって設立されました。1965年に軽費老人ホームを設立して以来、障がい・高齢の多くの福祉事業運営を行ってきています。

2013年に既存事業を一体化した施設の新築移転に伴い、軽費老人ホームからケアハウスへの転換が実施されました。ケアハウスるうてるとしてスタートし、4年目を迎えています。

静かな住宅街の一角に立地しているホームです。4階建てのホームは1階の広々としたエントランスホールから、高齢者デイサービス・障がい者多機能事業所とケアハウスの棟に分かれています。訪問介護ステーション、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターも併設されています。3・4階に特別養護老人ホームがあります。

1・2階にあるケアハウスは全室個室、5つのユニット型で少人数の家庭的な雰囲気を大切にしています。利用者はそれぞれ自由に生活しながらも、できないところは互いにいたわりあう等して、るうてるホームの理念である「支えられつつささえて」を実践しているホームです。

(注)判断基準「abc」について、(a)は質の向上を目指す際の目安となる状態、(b)は多くの施設・事業所の状態、(c)はb以上の取り組みとなることを期待する状態、に改訂されました。即ち、(b)が一般的な取組水準となり、従前に比べて(b)の対象範囲が広がります。また、改正前に(a)であった評価項目が改正後の再受審で(a)を得られなくなる可能性もあります。

◆特に評価の高い点

■公正で透明性の高い施設運営の取組み

経理規程に沿って処理された経理内容は外部の公認会計士により点検され、経営報告としてホームページ上で開示しています。また、法人内施設間で内部監査を実施し、職員相互でチェックをすることが、現場職員の課題意識向上にもつながっています。

■利用者一人ひとりに応じた多様な過ごし方

施設には、完全に自立した生活を送る利用者や介護を必要とする利用者など様々な方がいます。自立した利用者は近隣のゲートボールチームに所属したり、近隣のヨガ教室に通う等自由に生活しています。介護の必要な利用者へは介護保険サービスを活用しながら、施設でもいろいろなイベントを企画したり、日常的にもスタッフルームで一緒に過ごせるよう配慮した取り組みが見られます。

■食事がおいしく食べられる工夫

食事はユニットの利用者がリビング(食堂)に集まって食べるようになっていました。食事の準備や片付けは利用者が協力しながら行っている姿が見られました。利用者の力も借りながら、家庭的な食事風景になっています。

◆改善を求められる点

■事業計画の利用者、家族への周知に向けた取組み

以前は利用者の自治会組織「むつみ会」がありましたが、ユニットごとで生活していることもあり、開催が困難な状況にあり休止しています。今後、「むつみ会」の再開を含めて、何らかの方法で、事業計画やその進捗状況を伝えていく場を設けることが求められます。また、こういう場を設けることは、利用者からの苦情や要望に対する取り組みの進捗状況を伝えていく場としても活用が可能であると考えます。合わせてご検討下さい。

■手順書等文書の整備と見直しの仕組み作り

実際に行っていることが、文書や仕組みとして確認できない所がいくつか出ています。文書の整備やその見直し方法を確立することで、安定したサービス提供が継続されます。職員の異動などによりサービスの質が大きく変わることをないように、施設の標準をまとめておくことが求められます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今年度の事業計画に第三者評価受審を計画し、約1年をかけて取り組みました。思いの外大変なことでした。日常業務に追われて68項目の資料に目を通すこともできない日々が続きました。1項目につき評価基準となる質問が4問から7問ほどあり、1問の回答に行き詰ったり、悩んだり、68項目をいつ終わるのだろうかと不安もありましたが、何とか切に間に合わせることができました。何しろ、初めての経験でしたから。入居者のアンケート調査20名の方にご協力いただきました。アンケートには様々なご意見がありました。特に多いご意見の中で「毎日の生活に礼拝のひと時があること」「外出が自由であること」「ユニットの中で顔を合わせる機会が多く、互いの変化に気づきやすい、体調不良など早目に対処できている」等嬉しいご意見がありました。また、さまざまな課題に繋がるご意見も頂きました。次年度に取り組んでまいります。1月15日、16日の2日間に訪問調査4名の方がホームに来られました。施設の見学、入居者との面談、職員との面談等を行い、準備した資料を基にして聞き取り調査等2日間実施されました。2日間とも和やかな雰囲気の中で行われ、調査員の方から課題の改善方法など、さまざまなアドバイスをいただき、大変参考になりました。第三者であってもホームの親しい友人のようなお気持ちを持って接して下さり、自分たちの気付かない良さをも引き出して共に喜んでくださいました。3月1日に評価（案）が届きました。評価は的確であったと感じています。特に評価の高い点として、1.公正で透明性の高い施設運営の取り組み、2.利用者一人ひとりに応じた多様な過ごし方、3.食事が美味しく食べられる工夫が挙げられていました。改善を求められる点として、1.事業計画の利用者・家族への周知に向けた取り組み、2.手順書等文書の整備と見直しの仕組みづくりなどコメントして下さいました。評価表から見える良いところ、充分でないところを職員が共有し、改善の意欲につながったことは何より大きな成果であると思います。いただいた評価を大切に受け止めて、これからも引き続き、ケアハウスの質向上に向けて課題に取り組んでまいります。

取り組みを始めています。

2018年度4月

①むつみ会をスタートしました。

②2018年度の事業計画をむつみ会の皆様に説明をしてご協力をお願いしました。

③特養の委員会にケアハウスの職員と一緒に参加して、感染症対策や虐待防止等の委員会に出席することになりました。

④文書整理等も始めています。 以上

◆第三者評価結果

・別紙「第三者評価結果」を参照

第三者評価結果

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

		評価結果
I-1 理念・基本方針		
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。	b
(コメント)	<p>■法人理念・基本方針は、事業計画書、パンフレット、ホームページ等に記載し、一部ユニットフロアに掲示しています。</p> <p>■法人理念は、年度当初に理事長による「理念研修」を実施し、職員への周知徹底を図っています。</p> <p>■「キリスト教主義に立って、利用者お一人おひとりを大切に、仕える姿勢を堅持いたします。どのような心身の状況にあってもご自分の生活を自分らしく続けることができるようにお支えに努めます。」を法人理念として、理念を実現するために職員の行動規範となるサービス方針・行動指針・具体的方針を明示しています。</p> <p>■法人理念は、重要事項説明書の中に「事業の目的」として分かりやすい文章にして利用者・家族に説明しています。</p> <p>■法人理念・基本方針は、職員への理解はもとより利用者・家族、さらには地域社会に対して示していくことが大切です。玄関入口や各ユニットフロア、スタッフ室等に掲示して周知徹底を図っていくことが望まれます。</p>	

		評価結果
I-2 経営状況の把握		
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。	b
(コメント)	<p>■法人内では毎月2回ずつ開催の、各事業部部長・事務長が参加する事業部運営会議や理事長の参加もある事務局会議において、各事業部の毎月の経営、運営状況を把握・分析したり、法人全体に関わる諸問題・各事業部の月の状況確認・対策を評価・分析しています。</p> <p>■ケアハウスるうてる管理は、毎月の職員会議で事業部運営会議や事務局会議の報告をするなどして周知を図っています。</p> <p>■事業所が位置する地域での福祉に対する需要の動向、利用者数・福祉ニーズなどに関するデータを収集し分析していくことが望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■法人の経営状況、進捗状況や課題は理事会にて共有を図っています。理事会・評議員会は年4回開催しています。ホームページ（法人本部の情報公開「2017年現況報告書」）に開催内容を公表しています。</p> <p>■法人内事業部運営会議は毎月2回開催し、各事業所の部長・事務長等が参画し、各事業部の現状、事業実績状況、人事、研修、各委員会からの報告を行う等して、経営課題の解決・改善に向けた取り組みが進められています。</p> <p>■ケアハウスるうてるでは、毎月全員出席の職員会議の中で、事業部運営会議の報告を行う等して周知徹底を図っています。</p> <p>■法人の広報誌「法人報るうてるホーム」は年1回の発行ですが、前年度事業報告・決算と今年度事業計画を常務理事が報告説明しています。</p> <p>■事業所の課題として「①人材育成と職場環境の整備」「②地域貢献と福祉サービスの充実」等多くの課題を掲げているので、解決・改善へ向けて更に具体的な仕組みが望まれます。</p>	

		評価結果
I-3 事業計画の策定		
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。	b
(コメント)	<p>■法人では、毎月2回ずつ開催している事業部運営会議と事務局会議において、中期計画の見直しを行っています。</p> <p>■中期計画（2015～2020）は、単年度事業計画書の冒頭に記載しています。</p> <p>■中期計画は、中期経営計画骨子「①人材育成と職場環境の整備」「②地域貢献と福祉サービスの充実」「③経営基盤の安定化の取り組み」を掲げ、法人の理念や基本方針の実現に向けた目標を明示しています。</p> <p>■中期経営計画には多くの方針が示されています。事業計画を実現するためには財務面での裏付けが重要です。そのためには、中・長期の事業計画に従った収支計画を策定することが望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■事業計画は、中期計画に基づき策定しています。</p> <p>■平成29年度（2017年度）にケアハウスは4年目を迎え、住環境の整備を中心に課題を設定、また、第三者評価の受審、災害対策の取り組みを事業方針として明示しています。事業方針に基づく具体的な計画・利用者支援・人材育成・研修・地域交流など実行可能な内容となっています。</p> <p>■事業報告書は具体的な成果の評価を数値で評価・分析していますので、事業計画についても数値目標を設定することで、職員が意識して取り組めるような工夫が望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■事業計画は、全職員で話し合っって策定しています。</p> <p>■事業計画の策定にあたって手順書はありませんが、事業部運営会議では四半期毎に事業計画で設定した重点項目の進捗状況を振り返り、評価・分析しています。</p> <p>■管理者は、職員会議で全職員に周知し、更に理解を得るよう口頭での周知も行っていきます。</p> <p>■法人では、平成29年3月に各事業部長全員参加の基で「事業計画説明会」研修を職員に対して行う等して、理解を促すための取り組みを行っています。</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。	c
(コメント)	<p>■年1回発行している「法人報るうてるホーム」に、「2016年度事業報告・決算と2017年度事業計画」を記載し、利用者・家族等へ配付し、周知を図っています。</p> <p>■以前は利用者の自治会組織「むつみ会」がありましたが、現在は休止状態となっています。ユニット毎に生活をしているので組織的に集まる場が難しい状態です。再度「むつみ会」運営の場作りを検討し、その場を活用して事業計画や進捗状況を説明し、利用者・家族の理解を得るよう工夫していくことが求められます。</p> <p>■利用者にとって、より分かりやすくなるよう、文章や絵にして、各フロアに掲示する等の工夫が求められます。</p>	

		評価結果
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組		
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。	b
(コメント)	<p>■法人では、福祉サービスの質の向上の取り組みとして法人内部監査を実施しています。他施設の職員が施設整備・運営関係・福祉サービス等について評価・分析しています。ケアハウスの内部監査は2年前に実施されました。</p> <p>■法人では、中期計画（2015～2020）【経営基盤の安定化の取り組みの一環として「第三者評価を全事業所が実施」する】と明示し、ケアハウスるうてるが今回初めての受審となっています。</p> <p>■今回第三者評価を受審するにあたり、全職員で自己評価票をチェックしました。</p> <p>■介護保険自主点検表を用いた点検は年1回実施し、結果を職員会議で報告し共有しています。</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。	b
(コメント)	<p>■法人内部監査終了後に、監査役より文書にて指摘事項を明示しています。</p> <p>■内部監査で指摘を受けた意見・要望事項については、即改善した項目もありますが、未整備のままになっている項目もあります。</p> <p>■内部監査・自己評価・第三者評価の結果が出た後は、改善の課題を明確にし、中期計画や事業計画に反映した上で、解決・改善を計画的に取り組んでいくことが望まれます。</p>	

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

		評価結果
Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ		
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。	b
(コメント)	<p>■管理者は、月2回開催の事業部運営会議や事務局会議に参画し、毎月の経営・運営状況等の課題の共有、改善策を検討しています。</p> <p>■管理者自らの役割と責任について、職務分掌で文書化しています。法人発行の広報誌「法人報るうてるホーム」において、理事長や常務理事が事業進捗状況等の報告をしています。</p> <p>■管理者は、職員会議において各種会議の報告をして、管理者としての意見表明をしています。</p> <p>■平常時のみならず有事の際における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等も含めたマニュアルの整備が望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■法人では、危機管理委員会を設けて「①法人内部監査」「②避難訓練・非常災害訓練」「③安全運転に関する取り組み」を行っています。</p> <p>■法人は、事業部運営会議・事務局会議において介護保険改正関連や遵守すべき法令について検討しています。</p> <p>■コンプライアンス（法令遵守）の担当者、担当部署等を設置して、倫理や法令の遵守の徹底に向けた規約の策定・整備や体制構築を図ることが望まれます。法人内で検討してはいかがでしょうか。</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。	b
(コメント)	<p>■毎月2回の理事長・各事業部部長・事務長等による事務局会議では、法人全体に関わる諸問題・各事業部の状況確認・対策を検討し、事業部運営会議では、毎月の経営・運営状況を知り、課題の共有・改善策を検討し、実施するサービスの質について評価・分析しています。</p> <p>■管理者は、毎月職員全員が参加する職員会議で各種会議の報告をし、意見交換しています。</p> <p>■福祉サービス向上の為に、正規職員以外の全非常勤職員の教育・研修も重要です。教育・研修体制の整備が望まれます。</p>	
Ⅱ-1-(2)-②	経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a
(コメント)	<p>■法人では、各事業部部長の参画による月2回の事業部運営会議において、人事・労務・財務等の評価・分析を行っています。</p> <p>■法人では、次世代育成支援対策推進法に基づく「一般事業主行動計画」を策定しています。</p> <p>目標として、①計画期間内に、育児休業の取得率を次の水準以上にする（男性職員：計画期間中に一人以上取得する、女性職員：取得率を90%以上にする）」を明示し、男性職員は3名の取得がありました。また、②平成29年3月までに、所定外労働を削減するため、ノー残業デーを設定し、月1回以上実施する」とし、実施しています。</p> <p>■職員が働きやすい環境整備に目標・計画を立て、期間を定めて目標が達成できるように努めていることは高く評価できます。</p>	

		評価結果
II-2 福祉人材の確保・育成		
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。	b
(コメント)	<p>■法人では、中期計画の骨子の一つに「人材育成と職場環境の整備」を掲げています。</p> <p>■事業部合同で人材確保・育成委員会を設けて、その委員会の中で人材育成・確保のための事業方針や事業実施計画を策定しています。</p> <p>■組織の理念・基本方針や事業計画に沿って、組織を適切に機能させるために必要な職員数や体制、福祉サービスに関わる専門職（有資格者）、あるいは正規職員と非常勤職員の比率なども含めた計画を立てることが望まれます。</p>	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b
(コメント)	<p>■法人事業計画の基本方針に「理念に基づいた、目指す法人経営の実現にむけてのトータルな人材マネジメント」を掲げています。具体的目標としては、【「キリスト教社会福祉実践の実現」に向けた共通のミッションによる「人財」育成】を明記しています。</p> <p>■法人では「人」を中心とした人事評価を行っています。評価は「行動評価基準と目標管理」を基準としています。</p> <p>■事業計画に「上位者のための人事考課者トレーニング研修や評価指針の標準化と明確化をしていく」と具体的な目標を掲げています。</p> <p>■キャリアパス・職員配置・異動・昇進等の基準を明確にして、人事考課制度等での評価をしていくトータルなマネジメントの実施が望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■管理者による意向調査として、年2回の面談の折に職員の意向を把握しています。</p> <p>■毎月の有給休暇取得状況、時間外労働等の就業状況は、事務部門・管理者が把握しています。</p> <p>■法人では、毎月「ノー残業デー」を定めて、掲示板への掲示や現状を調査する等して、職員が働きやすい環境づくりを実施しています。</p> <p>■法人では、職員相互の共済のための「るうてるホーム職員共済会」があります。職員親睦会・旅行などをして親睦を図っています。</p> <p>■計画的に育児休業が取得できるよう配慮し、働きやすい環境を推進しています。</p> <p>■改善策を、組織を適切に機能させるために必要な職員数や体制、福祉サービスに関わる専門職あるいは正規職員と非常勤職員の比率なども含めた計画に反映させていくことが望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■法人事業計画のもと、「ケアハウスるうてる」として「組織が求める職員像」を明記していくことが望まれます。</p> <p>■管理者は、年度当初と年度末の2回面談を行っています。職員と話し合いながら「目標」を定めて、振り返りを行っています。</p> <p>■職員一人ひとりの目標を管理するために、「職員プロフィール」の充実が望まれます。</p> <p>■目標を設定するにあたって、目標管理制度に関する規程（基準）に関する仕組み作りが望まれます。法人事業計画にも「明確なキャリアパスの構築」と明記していますので、早期の実現が望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■法人運営方針は、サービス方針「キリスト精神を継承し、お一人おひとりに仕える仕事をします」他5つの方針を達成するために職員の行動指針を明示しています。行動指針の根幹は、「マザー・テレサの言葉」を用いて職員の方向性を示しています。</p> <p>■事業計画にもあるように、早期のキャリアパス策定において、職員が目指す方向性を体系的に明示し、必要な教育・研修を明記していくことが望まれます。</p> <p>■ケアハウスで必要な内部・外部研修は、年間計画を策定し、その計画に沿って非常勤職員も含む全職員が参加できるよう、テーマごとに2日程かけて行う等の配慮や「職員プロフィール」あるいは「職員別研修履歴」を作成し管理する等していくことが望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■「職員プロフィール」にて専門知識の取得状況を把握しています。人事考課により知識、技術水準を把握しています。</p> <p>■新人職員には、1年間のスケジュールを立てて話し合いながら指導しています。</p> <p>■研修参加者の報告や評価分析を記載できるような「職員別研修履歴等」を作成して、研修成果の評価・分析を行い、次の研修計画に反映させ、継続した記録になることが望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■法人事業計画の中に、実習生受け入れを明文化しています。</p> <p>■法人の人材確保・育成委員会が「各事業部による実習生の受け入れの支援と実習生指導者の資質向上の取り組みを行う」と事業計画に明記しています。</p> <p>■実習生受け入れに対してのマニュアルは特養版を利用していますので、今後はケアハウス版を作成することが望まれます。</p>

		評価結果
II-3 運営の透明性の確保		
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。	b
(コメント)	<p>■法人の理念や基本方針、福祉サービスの内容、事業報告、予算、決算情報はホームページに公開しています。</p> <p>■事業計画についても、ホームページに公開していくことが望まれます。</p> <p>■苦情内容については、集計をして事業報告書に記載しています。ホームページには、苦情解決委員会報告の取り組みを公開しています。苦情内容に基づく改善・対応の状況については公表していません。事業所内にも公表していません。</p> <p>■第三者評価受審後は、事業報告書、ホームページ、広報誌などで公表していく予定です。苦情内容と改善・対応結果はスタッフ室横や各ユニット掲示板に公表するなどしていくことが望まれます。</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。	a
(コメント)	<p>■経理規程に基づき処理を行っています。</p> <p>■法人では、職務分掌と権限が明確にされており、関係職員に周知しています。</p> <p>■法人では、外部の公認会計士によるチェックを受けています。</p> <p>■ホームページには、経営報告を開示しています。現況報告書・資金収支計算書・資金収支内訳表・事業活動計算書・事業活動内訳表・法人単位貸借対照表を公表し、透明性の高い適正な経営・運営のための取り組みに努めています。</p> <p>■法人内の施設間で内部監査を実施し、職員相互のチェックや現場職員の課題意識につながるよう取り組んでいます。</p>	

		評価結果
II-4 地域との交流、地域貢献		
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)	<p>■法人事業計画に、地域交流委員会が【①ボランティア活動の活性化をサポート、②「るうてるフェスタの実施」等地域との交流を目的とした取り組みを行う】と文書化しています。</p> <p>■ケアハウスるうてる事業計画に「《地域交流》①地域交流委員会との協力により行事を一体化し、全体で楽しむことができる取り組みをします②身近な地域の方々と交流を楽しみながら学びの機会をつくります③社会資源を有効に活用し入居者の方々の生活に潤いを与える取り組みを致します」と明記しています。</p> <p>■ボランティア主催の「はっぴいカフェ」は、各事業部職員が参加して活動を支えています。利用者・地域住民・職員との交流を深める場となっています。月に2回開催されています。</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。	b
(コメント)	<p>■ボランティア受け入れについては、法人の委員会である地域交流委員会が窓口となっています。</p> <p>■2016年度法人事業報告書には、各事業部で地域学校教育へ協力した実績を数値で報告しています。</p> <p>■ケアハウスとしての、ボランティア受け入れや学校教育等への協力に対する方針とマニュアルの作成が望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■管理者・職員は、四條畷市内の特養・老健・ケアハウス・グループホーム等の関係機関で構成された「施設部会」に参加し、連携を図っています。会議は2か月毎に開催しています。2017年にスタートしたばかりですが、緊急ショートステイ受け入れを検討するなど情報の共有を図っています。</p> <p>■利用者へのサービスの質の向上のために連携が必要な福祉事務所・保健所・病院・地域内の他の事業所・商店・ボランティア団体等の社会資源マップを作成し、各ユニットに掲示する等の取り組みが望まれます。</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	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b
(コメント)	<p>■地域交流を目的として、事業所のスペースを利用し「はっぴいカフェ」を開催しています。「はっぴいカフェ」は地域ボランティアが主体として活動していますが、地域住民が参加しやすいように各事業部の職員がバスでの送迎をする等の支援を行っています。</p> <p>■るうてるホーム（特養・ケアハウス・デイサービス等）は四條畷市より、災害時における福祉避難所として指定を受けています。協定書を交わしています。</p> <p>■法人では、2017年10月に地域交流を目的とした「るうてるフェスタ」を開催しています。四條畷市内の作業所がブースを出したりして、多くの近隣の子ども達との交流がありました。また、「るうてるセミナー」では「①人生の死と生について」「②河内のキリシタンの歴史について」等、地域住民に向けた講演も行っています。</p>	
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b
(コメント)	<p>■管理者は、定期的に行う事業部運営会議・事務局会議に参加して、地域の福祉ニーズの把握に努めています。</p> <p>■ケアハウスるうてるの第三者委員の1人は民生委員でもあり、訪問時に意見を聞く等して福祉ニーズの把握をしています。</p> <p>■法人では、把握したニーズに基づき、ヘルパーステーション・デイサービス・配食サービス等の事業活動を行っています。</p> <p>■社会福祉法人については、既存制度では対応しきれない生活困窮者問題等の支援など、地域社会での貢献活動を主体的、積極的に進めていくことが望まれます。</p>	

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

		評価結果
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス		
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。	b
(コメント)	<p>■理念には「お一人おひとりを大切に、仕える姿勢を堅持いたします」とあります。倫理規程では、尊厳についてや利用者優先、自己決定についてもまとめています。マニュアル類については、もう少し整備することで、さらに活用できるものになると考えられます。整備の際には、利用者尊重の視点でまとめることが望まれます。</p> <p>■採用時には、倫理研修を実施しています。一般職に対しても年に1回研修を実施しています。利用者尊重への取り組み状況は人事考課時に確認するようにし、課題があれば職員会議で検討しています。</p>	
Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
(コメント)	<p>■全室が個室であり、プライバシー保護に適した環境が整備されています。倫理規程には、プライバシー尊重や記録の開示についてもまとめています。虐待防止の取り組みに関しては重要事項説明書に記載して、契約時に説明をしています。マニュアルの整備には施設として課題を感じているところがあります。</p> <p>■現在実施している理念研修の内容にプライバシー保護や虐待防止の内容を盛り込んだり、法人内の施設で行われている委員会活動に参加するなど、マニュアル整備も含めて仕組みを整備することが望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■パンフレットは見やすく、法人や各事業所の姿勢がよくわかるように作成されています。また、細かい内容を説明するために、サービス別の資料も用意しています。これらの資料については、総務で改訂し、最新版を管理するようにしています。</p> <p>■施設見学の事例を確認しました。資料を用いて説明していますが、対応の流れについては、施設として課題に感じているところもあり、さらに良くなるよう検討を行っています。</p> <p>■見学や施設説明の流れを施設の手順として整備することが期待されます。</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。	b
(コメント)	<p>■自己決定を尊重していることを倫理規程にまとめています。入居後も担当ケアマネジャーを継続する等希望に沿った対応事例を確認しました。必要な文書を用意し、説明後、必要な場合は書面に残すようにしています。資料については現在改訂を検討中です。居室には生活上の注意事項や案内を掲載したファイルを設置しています。</p> <p>■意思決定が困難な利用者に対しては、成年後見制度や日常生活自立支援事業の活用を検討し、実際、入居後に成年後見制度の活用事例があることも確認しています。</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。	c
(コメント)	<p>■グループホームへの移行事例について確認しています。具体的に対応はしているものの、文書では確認ができませんでした。手順や引き継ぎ文書、窓口の記載等必要なものを用意しておくことが求められます。</p>	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上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)	<p>■年2回嗜好調査を実施しています。ユニット毎に利用者会を組織して意見を吸い上げて、月1回開催している食事委員会で検討して改善しています。食事委員会には利用者も出席しています。また、個別支援計画作成時には、利用者の良かったことや悩み事も聞き取るようにしています。</p> <p>■満足度調査について、現在実施している嗜好調査（食事）以外の項目についても実施することが望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■苦情解決の体制が整備され、館内に掲示しています。第三者委員は2名おり、年1回苦情と事故内容を含めて報告、検討の場を設けています。利用者、家族へは重要事項説明書を用いて説明しています。重要事項説明書には施設内外の窓口を記載しています。意見箱の設置についても確認しました。</p> <p>■苦情の受付からフィードバックまでを苦情報告書にまとめ、ホームページ上で公表するようにしています。ユニットでの掲示については現在検討中です。苦情内容の検討は事業部運営会議で行っています。改善策は苦情報告書から確認できました。</p> <p>■現在検討中のユニットでの苦情解決結果の掲示を実施することが望まれます。</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。	a
(コメント)	<p>■施設内外の窓口を重要事項説明書に記載し、利用者、家族に説明しています。窓口についての掲示も確認しました。全室が個室であり、また、相談室も用意されています。</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。	b
(コメント)	<p>■規程を整備しています。利用者からの日常的な相談は業務日誌に記録しています。意見箱の設置、嗜好調査の実施を確認しました。嗜好調査は年2回実施しています。迅速な対応については施設として課題に感じているところがあります。対応の遅れが苦情に繋がることのないよう、迅速に対応することが望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■副施設長をリスクマネジャーとして、施設の安全管理に努めています。リスクマネジメントの検討は職員会議で行い、全事業所の役職者が出席する事業部運営会議で全体を取りまとめています。また、ヒヤリハット報告書を活用して事故予防にも努めています。研修は年1回、全職員を対象に実施しており、参加できなかった職員には職員会議で伝達する機会を設けています。</p> <p>■例えば、記録ソフトにある報告書を活用するなど、効率と負担のバランスを取りながら、ヒヤリハット報告書を事故予防に活用することが期待されます。</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。	b
(コメント)	<p>■衛生委員会を組織し、生活相談員を中心に感染症予防に努めています。現在改訂中ですが、マニュアルも整備し、研修についても年1回以上実施を計画しています。具体的な対策例として、職員の家族が感染した場合の事例や職員の予防投与について、さらには、利用者会を通じて協力しながら感染症予防に努めている事例についても確認しています。</p> <p>■マニュアル類については、以降も継続的に見直しを実施することが期待されます。</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行っている。	a
(コメント)	<p>■法人が運営する各事業所全体として危機管理委員会を組織し、防災対策に取り組んでいます。委員会でマニュアルを整備しています。マニュアルは施設の立地で想定される地震、火災、風水害についてまとめています。施設は福祉避難所にもなっています。</p> <p>■備蓄は危機管理委員会で3日分を保管しており、管理は栄養士を中心として行っています。訓練は年2回を基本として実施され、消防署立会いの訓練も実施しています。現在は地域と連携した訓練の実施を進めています。</p>	
Ⅲ-1-(6) サービスに関する記録の開示を行っている。		
Ⅲ-1-(6)-①	利用者や家族からの求めに応じ、サービスに関する記録の開示を行っている。	a
(コメント)	<p>■記録の開示については、個人情報保護規程で記載しています。これまで開示の事例はありませんが、開示の体制は整備しています。</p>	
Ⅲ-1-(7) 入所選考について適切に取り組まれている。		
Ⅲ-1-(7)-①	施設サービスを受ける必要性の高い利用者が優先的に入所できるよう適切に取り組まれている。	c
(コメント)	<p>■申し込み順で入居を受け入れています。現在待機者は30名以上おられるということでした。入所選考に係る指針については、文書で確認できず、また公表についても確認ができませんでした。</p> <p>■入所選考の指針を作成し、ホームページ上などで公表することが求められます。</p>	

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

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。	b
(コメント)	<p>■マニュアル類を確認しています。基本的には居室で介護しているためプライバシーを保護できる環境にあります。研修や個別の指導、マニュアルに沿ったサービス提供の確認については、日常的に実施していますが、仕組みとしては確認できませんでした。</p> <p>■マニュアル類には既存のものも含まれます。既存のものを使用する場合でも、実際のサービス活動との違いがないかは定期的に点検することが期待されます。また、マニュアルを活用した個別の指導やマニュアルに沿ったサービス提供の確認については、その仕組みの確立が望まれます。</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。	c
(コメント)	<p>■マニュアル類は職員や利用者の提案や意見を反映するようにしていますが、定期的な見直しや見直し方法については十分な取り組みには至っていません。</p> <p>■マニュアル類の見直し時期や方法が施設として定められ、定期的の実施することが求められます。その際には、職員、利用者の提案を反映したり、ケアプラン作成に伴う見直し等についても視点に置くことが期待されます。</p> <p>■法人としての仕組みはあるということですので、法人の仕組みに沿って整備することが求められます。</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。	b
(コメント)	<p>■生活相談員を責任者として個別支援計画書を作成しています。介護保険サービスを利用している方に関しては、担当ケアマネジャーによりケアプランが作成されます。サービス担当者会議、モニタリングについても確認しました。自立した生活をしている利用者については、施設の様式に従って事前調査という形でアセスメントを行い、計画書を作成しています。</p> <p>■自立した生活をしている利用者の計画書については、計画書作成の流れやアセスメントの使用様式等、部分的に不明確になっているところがあり、施設としても課題にしています。課題が解決され、利用者全員への個別支援計画書をさらに適切に作成することが望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■介護保険サービスを利用している方は担当ケアマネジャーによりそれぞれ、ケアプランの評価、見直しが行われています。介護保険サービスを利用していない方については、1年を基本にしています。見直した計画の周知は職員会議の場で行っています。計画を緊急に変更する場合の流れについて、対応はしているものの、仕組みとしては確認ができませんでした。緊急時の計画変更の仕組み作りと計画の評価、見直し時に、介護サービスの手順を見直したり、施設としての課題が明確になるような仕組み作りが望まれます。</p>	

Ⅲ-2-(2)-③	自立を支援するという基本方針の下に、利用者個々のサービス計画が作成され、サービス実施にあたっては利用者の同意が徹底されている。	b
(コメント)	<p>■介護保険サービス利用者についてはケアプランが作成されています。介護保険サービスを利用していない利用者については、ケアハウス個別支援計画を作成していますが、計画書作成の流れやアセスメントの使用様式等部分的に不明確になっているところがあり、施設としても課題にしています。月1回、精神科医の訪問診療があり、10名程度の利用者が受診しています。受診には職員が付き添うため、専門的な助言が受けられるようになっていきます。施設サービスの提供に当たっては、副施設長を責任者として対応しており、必要な場面で説明し、同意を得るようにしています。居宅へ復帰した事例があり、考慮の実例として判断しました。</p> <p>■介護保険サービスを利用していない利用者について、個別支援計画作成の体制を整備することが望まれます。</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、職員間で共有化されている。	b
(コメント)	<p>■業務日誌、記録ソフトを使用して記録をしています。ケアプラン、個別支援計画書に沿ったサービス実施の記録については、より連動した形にする部分で課題が出ています。記録の差異が出ないようにするための工夫についても要領の整備や指導方法等、課題を解決することが望まれます。</p> <p>■社内メールや回覧ファイルを活用し、組織内で情報が的確に届くようにしており、職員会議でも情報共有を図っています。</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。	a
(コメント)	<p>■文書取扱規程、個人情報保護規程を整備し、記録の管理や情報の管理についてまとめています。記録の取り扱いに関しては、職員会議の場を活用して周知を図っています。これまで個人情報の取り扱いでトラブルは起こっていません。個人情報の取り扱いについては、施設の姿勢を重要事項説明書にまとめて、利用者、家族へ説明しています。</p>	

Ⅲ-2-(4) 適切なサービス提供が行われている。

Ⅲ-2-(4)-① 身体拘束をなくしていくための取組が徹底されている。	b
<p>(コメント)</p> <p>■マニュアルを整備し、身体拘束ゼロ宣言を行っています。現在対象の方はいないため、同意書や検討記録はありません。全室が個室であり、介護保険サービスの利用が可能であることから、身体拘束をしないような工夫が可能な環境にあると判断しています。</p> <p>■研修の参加については文書で確認ができませんでした。組織内委員会への参加や研修の参加、会議中での検討等、身体拘束ゼロが継続される取り組みが望まれます。</p>	
Ⅲ-2-(4)-② 利用者の金銭を預かり管理する場合は、利用者や家族に定期的に報告するなど適切な管理体制が整備されている。	c
<p>(コメント)</p> <p>■預り金管理規程を整備し、現在5名程度の方の預り金を管理しています。管理に際しては契約書を交わしています。預り金は現金を基本とし、金銭授受には領収書、受取書の文書を交わしています。預り金は月1回点検しています。</p> <p>■必要な場合には成年後見制度や日常生活自立支援事業の活用も可能であり、実際の利用事例もあります。全室が個室であるため金銭の管理がしやすい環境がありますが、訪問介護利用の際にホームヘルパーや介護支援専門員などと一緒に保管場所を決めたりすることもあります。収支状況の定期的な報告については、文書で記録を残すように整備することが求められます。</p>	
Ⅲ-2-(4)-③ 寝たきり予防については、利用者の意欲と結びつけながら離床対策が計画的に実施されている。	a
<p>(コメント)</p> <p>■食事は食堂で食べるようになっていきます。必要な方は介護保険サービスが利用でき、デイケアや訪問リハビリ等の利用から寝たきり予防に努めています。現在対象者はいないということですが、介護保険サービス利用に伴い、他事業所の理学療法士との連携が取れる体制があると判断しています。</p> <p>■自立した生活をしている利用者は、自身で散歩へ出かけたり、ヨガ教室などへ参加する方もいます。認知症の方などへは、声をかけてできるだけ施設イベントに参加してもらうように働きかけています。</p>	

高齢福祉分野【施設系入所サービス】の内容評価基準

		評価結果
A-1 支援の基本		
A-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)	<p>■利用者の状況はアセスメント時に把握するよう努めています。利用者一人ひとりに応じた生活になるよう職員会議で検討し、ケアプラン、個別支援計画書に反映しています。施設は自己決定を基本とし、この姿勢は倫理規程でもまとめています。</p> <p>■月1回の三味線や傾聴ボランティア、「賛美歌を歌う会」、月2回のはっぴいカフェなど複数のイベントを施設で計画、実施しています。介護保険サービスやボランティアを利用し買い物や散歩へ出かけたり、施設内で訪問衣料品販売を企画するなど社会参加の機会も得られるよう配慮しています。着替えや整容等の介護保険サービス利用事例についても確認しました。</p>	
A-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
(コメント)	<p>■現在、全く話せない方はいませんが、筆談等必要な手段で対応が可能です。利用者の思いや希望、話したいことを話せるように、個別支援計画作成時に聞き取りをしたり、利用者会や傾聴ボランティアの受け入れなど様々な取り組みを行っています。希望がある方へは、訪室して話を聞く機会を持つようにしています。</p> <p>■職員間で行動指針について話をする機会を設けており、接遇に関する周知が図られています。</p>	

		評価結果
A-2 身体介護		
A-2-①	入浴介助、清拭等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)	<p>■個浴と大浴場があり、個浴は毎日利用が可能になっています。機械浴槽を使用する場合はデイサービスの浴室を使用して対応しています。脱衣場には暖房器具を設置しています。自立している方は、基本的に入浴日、入浴時間を自分で決めて、ユニットの壁に貼ってある表に予約するようにして入浴しています。介助の必要な方は、水分摂取やスキンケアも含め、基本的に介護保険サービスを利用して入浴しています。介護保険サービスで対応できない部分については、職員で対応するようにしています。バイタルチェックについても職員が行います。</p>	
A-2-②	排せつ介助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)	<p>■トイレは各居室にあり、プライバシーの保護や冬場の保温に適した環境にあります。介助の必要な方は基本的に介護保険サービスの利用で対応しています。トイレ内の転倒予防に関しても、介護保険で福祉用具を借りるなどして対応しています。介護保険で対応できない部分はケアハウスの職員がサポートしています。敷地内に同法人が運営する訪問介護事業所もあり、定時以外の排泄介助に対応できる環境にあります。排泄に必要な物品は基本的に個人で用意するようになっていきます。</p>	

A-2-③	移乗、移動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)	<p>■ケアプラン、個別支援計画書を作成し、移乗、移動の支援をしています。手すりやベッド、電動車椅子等の福祉用具のレンタルは、利用者に合わせて、ケアマネジャー、福祉用具業者と連携して用意しています。福祉用具の定期点検も業者により行われています。現在対象者はいませんが、移動や移乗介護の希望が発生した時は、早く対応できるようにケアハウス職員がサポートする体制を整えています。</p>	
A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	b
(コメント)	<p>■現在対象となる利用者はいませんが、必要性が出てきた時点では対応を検討するようにしています。 ■これから対象者が出てくることも考えられますので、事前に手順書を整備したり、研修が受けられるように体制を整備することが望まれます。</p>	

	評価結果
--	-------------

A-3 食生活

A-3-①	食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a
(コメント)	<p>■委託の給食会社により食事が作られています。嗜好調査を年2回実施するほか、ユニット毎の利用者会でも食事に関する意見を聞き取り、食事委員会で検討するようにしています。月ごとにできるだけ旬のものを使うようにしたり、月初めに赤飯を出したりして、食事が楽しめるよう工夫しています。器に盛られた食事は、温冷のケースでそれぞれ保温し、適温で食事提供ができるようにしています。またレンジでも温められるように配慮しています。</p> <p>■食事はユニットの利用者が食堂に集まって食べています。食事の準備は利用者が協力し合っており、家庭的な雰囲気です。大きなイベントがある時には、さらに多くの利用者が集まって食べられるようにしています。朝はパンとご飯、日曜日はお粥とホットドッグが選択できます。食べられないものがあれば、別メニューを用意して対応しています。</p>	
A-3-②	食事の提供、食事介助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)	<p>■用意できる食事形態は「普通」「一口大」「刻み」「粗刻み」「ミキサー」「ソフト食」と多種あります。現在、食事介助の必要な利用者はいません。また、姿勢に配慮が必要な利用者、嚥下困難な利用者、栄養管理の必要な利用者もいませんでした。水分摂取は管理を必要とするような利用者はおらず、声かけで対応が可能です。</p> <p>■医師の指示により「減塩」「糖尿」「脂質制限」に対応した食事が提供可能です。体調不良時にはお粥を用意するなど柔軟に対応しています。</p> <p>■誤嚥や喉詰めに對しては、予防や対応方法を整理して、すぐに対応できるように周知したり、研修をする等体制を整備することが望まれます。</p>	
A-3-③	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)	<p>■訪問歯科の往診があり6名程度の利用者が受診しています。必要な利用者の口腔状態についても訪問歯科により確認しています。アセスメントで状況を把握し、必要な利用者へは介護保険サービスを活用して口腔ケアを行うことも可能です。口腔体操の実施は確認できませんでした。研修は同法人の他事業所の職員と一緒に行われています。口腔ケアや義歯の管理など必要な利用者はいませんが、必要性がある場合には対応するようにしています。各居室には洗面台があり個別スペースで口腔ケアが可能になっています。</p>	

		評価結果
A-4 終末期の対応		
A-4-①	利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	b
(コメント)	<p>■現在、看取りの体制を整備しています。法人内の他事業所とプロジェクトを立ち上げて月1回検討会を開催しています。看取りを実施した際には、振り返りの場を設け、対応した職員の精神的なケアも含めて話し合えるようにしています。近隣の医療機関と連携し、往診や診断書の作成ができるように体制を整備しています。</p> <p>■現在整備中の部分が整備され、手順に沿って適切に看取りを実施することが望まれます。</p>	

		評価結果
A-5 認知症ケア		
A-5-①	認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b
(コメント)	<p>■アセスメント時に利用者の状況を把握し、ケアプラン、日常生活支援一覧表にまとめて周知してケアできるようにしています。例えば、他の利用者の居室に入ったり、いろいろなものを持ち帰ったりする方に対しては、状況を文書にまとめて往診時に報告して医師からの助言を得るようにしています。認知症の症状がある利用者へは、イベント時等に積極的に声をかけ、良い刺激になるように配慮しています。一人ひとりの症状に合わせた活動については、通所介護の利用など、介護保険サービスの利用を調整しています。</p> <p>■認知症に関する研修を定期的実施することが望まれます。</p>	
A-5-②	認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	a
(コメント)	<p>■全室が個室であることから、居場所づくりが可能な環境になっています。身体拘束ゼロ宣言を行っており、現在対象の利用者はいません。危険物は鍵のかかる所や目に触れない所へ収納しています。居室には、ネームプレートを見やすくするなどしてわかりやすくする工夫も見られました。共有スペースだけでなく、スタッフルームにも気軽に集まってもらい、一緒に歌を歌ったりして、落ち着いた生活が送れるように配慮しています。</p>	

		評価結果
A-6 機能訓練、介護予防		
A-6-①	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)	<p>■機能訓練の必要な利用者は基本的に介護保険サービスを利用して機能訓練を行っています。介護保険サービスを利用している方については、専門職からの助言も受けられる環境にあります。介護予防では、地域包括支援センターで行う体操に訪問介護サービスによる付き添いで参加している事例を確認しました。日常生活の中でも食事の準備や片付けを利用者が協力しながら行うことが介護予防につながっていますが、意図的なつながりが確認できませんでした。利用者によっては、家族と一緒に訓練をしたり、健康のために階段を使うようにしている方がいます。精神科医が月1回往診に来ており、利用者の状況により連携ができるようになっています。</p>	

		評価結果
A-7 健康管理、衛生管理		
A-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ている。	b
(コメント)	<p>■居室にナースコールが設置してあるほか、食事を食堂で食べてもらうようにしており、食事の際に体調の変化にも気付けるようにしています。協力病院もあり医療機関との連携体制を整備しています。薬剤師による研修の事例もあり、毎年ではありませんが、高齢者の健康管理に関する研修が実施されているものと判断しています。体調変化時の対応については、日常的に対応はしているものの、文書としてまとめられているものや指導の記録等確認はできませんでした。</p> <p>■体調変化時の対応を手順としてまとめ、職員に周知するよう取り組むことが望まれます。</p>	
A-7-②	感染症や食中毒の発生予防を行っている。	b
(コメント)	<p>■感染症予防に係る文書類を確認しています。文書については、少し整備をすることでさらに使いやすくなると考えられます。インフルエンザなどの流行時期には職員が出勤時に検温をしたり、利用者に注意を促すなどしています。職員には予防接種を無料で実施しています。施設玄関には、消毒用機器を設置しています。</p>	

		評価結果
A-8 建物・設備		
A-8-①	施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	a
(コメント)	<p>■危機管理委員会を中心に建物、設備を管理しています。不具合な部分があれば、報告書に記載し、修理や点検を行うようにしています。共有スペースは落ち着いた雰囲気でも採光も良く、食堂としても活用しています。居室には私物の持ち込みが多く、利用者が落ち着ける居場所になっています。</p>	

		評価結果
A-9 家族との連携		
A-9-①	利用者の家族との連携を適切に行っている。	b
(コメント)	<p>■家族の面会時や家族からの相談があった時には、相談内容を聞き取ったり、報告するなどしていますが、「定期的」な実施については確認ができませんでした。行事などの案内についても施設として課題に感じているところがあり、改善が望まれます。</p>	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	ケアハウスるうてるの入居者
調査対象者数	50名（うち回答可能な方20名）
調査方法	アンケート調査

利用者への聞き取り等の結果（概要）

ケアハウスるうてるを、現在利用されている入居者50名（うち回答可能な方20名）を対象にアンケート調査を行いました。施設から調査票を配付してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、19名の方から回答がありました。（回答率95%）

満足度の高い項目としては、

- （1）●「職員は、常にやさしく、一人の人間としての人格を尊重した接し方をしている」について、70%以上の方が「はい」と回答、
- （2）●「職員は、残っている機能を使って、自分でできる範囲のことは自分でできるように支援している」
 - 「ホーム内で面会者（ご家族等）と居心地よく過ごせる」
 - 「ホームの総合的な満足度」について、60%以上の方が「はい」・「満足」と回答、

という結果が出ています。

福祉サービス第三者評価結果報告書【受審施設・事業所情報】 における項目の定義等について

①【職員・従業員数】

●以下の項目について、雇用形態（施設・事業所における呼称による分類）による区分で記載しています。

▶正規の職員・従業員

・一般職員や正社員などと呼ばれている人の人数。

▶非正規の職員・従業員

・パート、アルバイト、労働者派遣事業所の派遣社員、契約社員、嘱託などと呼ばれている人の人数。

②【専門職員】

●社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、訪問介護員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士、社会福祉主事、医師、薬剤師、看護師、准看護師、保健師、栄養士等の福祉・保健・医療に関するものについて、専門職名及びその人数を記載しています。

③【施設・設備の概要】

●施設・設備の概要（居室の種類、その数及び居室以外の設備等の種類、その数）について記載しています。特に、特徴的なもの、施設・事業所が利用される方等にアピールしたい居室及び設備等を優先的に記載しています。併せて、【施設・事業所の特徴的な取組】の欄にも記載している場合があります。

	例
居室	●個室、2人部屋、3人部屋、4人部屋 等
設備等	●保育室（0才児、1才児、2才児、3才児、4才児、5才児）、調乳室、洗面室、浴室、調理室、更衣室、医務室、機能訓練室、講堂 等