

兵庫県福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

株式会社H. R. コーポレーション

②施設・事業所情報

名称： ケアハウス マリナグリーン御津	種別：経費老人ホーム
代表者氏名： 鷲尾由紀	定員（利用者人数）： 15 名
所在地： 兵庫県たつの市御津町中島980-3	
TEL 079-324-0767	ホームページ： http://www.yumekoubou.or.jp/
【施設・事業所の概要】	
開設年月日： 平成9年10月1日	
経営法人・設置主体（法人名）： 社会福祉法人 夢工房	
職員数	常勤職員： 2 名 非常勤職員： 2 名
専門職員	生活相談員 1 名 介護士 2 名
	管理栄養士 1 名
施設・設備の概要	(居室数) 15 室 (設備等) 相談室 食堂 浴室

③理念・基本方針

その人らしく生きるを基本に利用者の人間性を見失わず、個々の尊厳を重視し生活支援に務める
 生命の保護を第一に医療機関との連携を築き、利用者の生活を守る
 家族や知人、縁故者等との繋がりを維持出来るような支援を心掛ける

④施設・事業所の特徴的な取組

○特別養護老人ホーム・ショートステイ・デイサービス・居宅介護支援事業所を併設し、各事業所と連携し、利用者個々のニーズに応じた支援、緊急時の対応、重度化対応が行える体制を整備している。

○明るく広い共用スペース、24時間入浴可能な浴室、ミニキッチン・トイレ・サニタリースペースを完備した15室のバリアフリーの居室等、プライバシーが守られ快適に暮らせる生活環境を提供している。

○その人らしい自由な暮らしを基本とし、食事提供・服薬管理等の生活支援を行い、必要に応じて外部サービスを活用し、安心して生活できる体制を整備している。買い物・病院受診・銀行等に職員が同行支援している。コロナ禍のため外出の機会は減っているが、所用での外出を兼ねてのドライブ、文化展への出展と見学、花見外出等、可能な範囲で外出機会を設けている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 5 年 5 月 1 日 (契約日) ~ 令和 5 年 7 月 6 日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	3 回 (令和 1 年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

○法人の中期経営計画、施設・事業所の事業計画を策定し、施設内に各種委員会・会議を設置して定期的に開催し、研修体制の整備、人事考課制度・目標管理制度等、運営管理体制を整備し、また、BCP（事業継続計画）を策定してBCP訓練も実施し、安定した事業運営に取り組んでいる。また、働きやすい職場環境づくりに努め、職員の定着がよい。

○ケアハウス職員会議を月1回開催し、利用者についての情報共有、利用者支援や行事内容についての検討等を行っている。また、施設内の各種委員会・運営推進会議・高齢施設運営推進会議も定期的に開催し、専門職者が部門横断で意見・情報を交換して共有し検討できる体制を整備している。

○施設全体の規定・指針・マニュアルを共有するとともに、事業所の特性に応じたケアハウス独自の各種マニュアルを作成し、入居者に安全に快適な生活が提供できるよう取り組んでいる。事業所独自の「プライバシー対応チェックリスト」を作成し、毎月のケアハウス職員会議で自己評価を行い、利用者尊重・プライバシー保護への周知徹底を図っている。

○アセスメントシート・個人別サービス実施表を整備し、サービス計画の作成・モニタリング・再アセスメント・計画の見直しを、PDCAサイクルに基づいて6ヶ月毎に実施し、現状に即した自立支援・個別支援に取り組んでいる。

○月に1回茶話会を開催し、入居者の希望や意見の把握に努め、個別の支援やサービスの改善等に反映できるよう取り組んでいる。また、嗜好調査を年2回実施し、管理栄養士・食の委員会が結果を分析し、利用者の意見や希望を献立や行事食に取り入れている。季節感・行事食を取り入れた、彩にも配慮した食事を提供し、選択メニュー・各種企画・手作りクッキング等、食の楽しみが感じられる機会を数多く設けている。

◇改善を求められる点

よく取り組まれており、大きな改善点はありません。
更なる向上に向けた取り組みとして、事業計画の主な内容を利用者等にもわかりやすく伝える工夫を期待します。「個人別サービス計画表」の作成・見直しのための検討記録を、ケアハウス職員会議録や支援記録に残すことが望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今後もさらなる向上に向け、ケアハウス入居者の個人別サービス評価の見直しの為に、年に2回（半年に1回）食事以外の満足度アンケートを実施し、それを職員会議で話し合い、支援記録に残して行こうと思っています。

⑧各評価項目に係る第三者評価結果

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。

※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。

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。	a・b・c
<コメント> 法人の基本理念・介護理念をホームページにわかりやすく掲載し、施設玄関に掲示し利用者・家族に周知を図っている。中期経営計画にも記載している。介護理念を事業計画に記載し、ファイルを施設玄関に設置している。法人の基本理念には法人が目指す方向性が明示され、介護理念は法人の基本理念と整合性がとれ具体的な内容となっている。年度末の全体研修の中で介護理念について説明し、職員に周知を図っている。自己評価チェックシートで介護理念の周知状況を定期的に確認している。		

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・b・c
<コメント> 西播磨ブロック施設長研修・主任ケアマネ更新研修への参加、国・県・市が発信する情報等から、福祉事業や介護保険の動向・市の福祉計画等について把握している。在宅介護支援センターの個別訪問事業や地域ケア会議等によるネットワークから、地域の実態やニーズの把握を行っている。月次報告で、コスト分析や利用率の分析を行っている。		
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。	a・b・c
<コメント> 運営推進会議（年8回）で月次と稼働率の報告を行い、高齢者施設運営推進会議（年4回）で収支実績をもとに経営状況の把握と取り組み状況の報告を行い、課題や問題点を明確にしている。運営推進会議には施設の幹部職員が参加している。高齢者施設運営推進会議には会計士・理事長・専務の理事参加もあり、法人事務局もオンラインで参加し、課題の共有と、改善に向けた取り組みを検討している。課題について、ケアハウス職員会議で職員に周知を図っている。		

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。		
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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「社会福祉法人夢工房中期経営計画」（令和5年度～令和9年度）を策定している。「具体的な取り組み」として、法人の基本理念、介護理念を具体化する取り組みを明確にし、また、「法人運営の新たな取り組み」としてSDGsの取り組みと法人運営のDX推進を明示している。各取り組みは具体的な内容で、実践状況の評価が行える内容となっている。今後、「中期経営計画進行管理委員会」を設置し、進行管理を行うこととする。</p>		
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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「中期経営計画」の内容を反映した単年度の事業計画を策定している。事業計画は、施設の共通目標、部署ごとの重点目標、委員会・会議体、研修・防災計画、福利厚生、年間行事等、具体的で実行可能な内容で、実践状況の評価が行える内容となっている。</p>		
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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業計画を年度末の全体会議で説明し、職員に周知を図っている。3ヶ月に1回の高齢者施設運営推進会で、「事業計画取り組みシート」をもとに事業計画の実践状況を把握・評価し、必要に応じて見直しを行っている。年度末には、職員の意見を集約して「事業計画評価表」と「事業報告書」を作成し、次年度の「事業計画」策定に反映している。</p>		
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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業計画ファイルを施設玄関に設置し、事業計画にもとづいた事業報告をホームページで公開し、家族等に周知を図っている。通常は、家族会で事業計画の主な内容を説明している。利用者等の参加を促す観点から、レクリエーション・年間行事の一覧表を掲載している。管理者が事業計画の主な内容をわかりやすくまとめた文書を作成し、利用者には施設内掲示で、家族には配信で伝える予定である。</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。		
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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>運営推進会議・ケアハウス職員会議・各種委員会・職員の目標管理等を定期的に実施し、組織的にPDCAサイクルにもとづくサービスの質向上に向けた取り組みを行っている。4年に1回第三者評価を受審している。情報の公表システム・監査事前チェックリストの評価基準に基づいて、毎年、自己評価を実施している。評価結果の分析・検討は、施設長・副施設長が幹部職員の意見を集約して行っている。</p>		
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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>監査事前チェックリストの評価結果から把握した課題を、運営推進会議で共有し、年度内の全体研修に取り入れて、迅速に改善に取り組んでいる。把握した課題と改善に向けた取り組みを文書化し、運営推進会議の議事録など記録に残すことが望まれます。</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。		
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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>管理者は 事業計画の中で、経営管理に関する方針を明示し、「重点目標」で事業所の具体的取組を明確にしている。事業計画を、年度末の全体研修時に説明し、参加できなかった職員にはDx発信・回覧等で周知を図るとともに 事業計画ファイルを施設玄関に設置している。「職員配置計画と役割分担」（以下業務分掌）」で管理者の役割、責任を文書化し、事業計画ファイルに綴じて周知している。「施設運営規定」にも管理者の職務内容を定めている。「業務分掌」で管理者事故ある時の代行を、「副施設長」と定め、BCP・避難確保計画でも権限委任を明確にしている。</p>		
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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>管理者は法令遵守規定等法人諸規定や遵守すべき法令を理解している。「法令遵守業務推進のための行動規範」に「利害関係者との適切な関係」保持を定め、「業務分掌」で監署との渉外連絡（経理・取引）に関する事項を管理者業務と明確にし、規範・業務分掌に基づいて利害関係者と適正な関係を保持している。行政監査を定期的に受審し運営に反映している。老施協西播磨ブロック主催施設長研修や県主催の主任介護支援専門員更新研修等、法令遵守の観点での経営に関して学ぶ研修に参加している。産業廃棄物処理法や市条例等、環境への配慮等も含む幅広い分野の法令に則り適切に対応している。介護技術研修・全体研修で、個人情報保護法・高齢者虐待防止法等遵守すべき法令を周知する機会を設けている。道路交通法・労働安全衛生法等の伝達研修を実施している。</p>		

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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 · b · c
<コメント> 運営推進会議でサービスの質の現状について評価・分析を行い、課題の抽出と、改善策を検討している。毎年、情報の公表制度や県の監査事前チェックリストを用いて評価・分析を行い、チェックリストから把握した課題について運営推進会議で共有し改善に取り組んでいる。4年に1回、第三者評価を受審している。管理者は、高齢者施設運営推進会議・運営推進会議・ケアハウス職員会議等各種会議や各種委員会、研修・目標管理など具体的な体制を構築し参画している。各種会議・個人面談を活用し職員意見の把握に努め、把握した意見について運営推進会議等で共有し改善に向け検討している。令和4年度研修テーマに「介護の質の向上」を掲げ、介護技術研修・全体研修で高齢者虐待防止法・個人情報保護法等遵守すべき法令を周知する機会を設けている。道路交通法・労働安全衛生法等の伝達研修を実施している。		
13	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 · b · c
<コメント> 管理者は、事業所の稼働率等を「月次報告書」としてまとめ、運営推進会議で経営分析を行っている。本部から事業所ごとにコスト分析等経営状況についてのデータがフィードバックされ、3ヶ月に1回高齢者施設運営推進会議で職員配置、労務管理、財務状況等業務の効率化に向けて課題把握と解決に向け取り組んでいる。検討した改善策を運営推進会議で再検討し改善に反映している。夏季・リフレッシュ休暇取得促進、残業時間の軽減に努める等、働きやすい環境づくりに取り組んでいる。管理者は、ケアハウス職員会議・運営推進会議・高齢者施設運営推進会議等、業務の実効性を高めるための体制を構築し参画している。		

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。	a · b · c
<コメント> 法人中期経営計画で、福祉人材の確保・育成・定着に向けた取り組みについての具体的な基本方針を明示している。専門職配置状況を事業計画書・運営規定で明確にし、毎月必要な人員の充足度を「勤怠データ」「必要人員計算シート」により確認・管理している。ホームページ・ハローワークの活用等、効果的な採用活動を実施している。		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a · b · c
<コメント> 「介護理念」に期待する職員像を明確にし、職員に周知している。就業規則・給与規定等で人事基準を明確にしている。入職時に説明するとともに、事務所に規定集ファイルを設置して周知している。人事考課制度を導入し、「振り返り評価シート（階層別）」で、自己評価に基づいて評定者評価を行い、専門性・能力・成果・貢献度等を評価している。職員処遇の水準については、採用広告、ハローワークのデータ等から法人本部が分析している。「目標設定シート」等で把握した職員の意見・提案等にもとづき、本部で改善策を検討・実施している。給与規定と連動したキャリアパス要件を整備し、職員一人一人が将来の姿を描くことができる仕組みが構築されている。		

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り組んでいる。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>労務管理に関する責任体制を、業務分掌や就業規則で明確にしている。勤怠システムを導入し、管理者が就業状況を把握し、法人本部でデータ管理している。健康診断を年2回、ストレスチェック・腰痛検査を年1回実施し、職員の心身の健康と安全の確保に努めている。生活習慣病検診・女性がん検診検診の補助、インフルエンザワクチンの無償化等を実施している。管理者は、定期的に面談を行う機会を設け、また、副施設長が職員の相談に対応する等職員が相談しやすい環境整備を整備している。法人の相談窓口（公益通報制度）も設置し、メールアドレスの掲示等で周知している。面談等で把握した職員の意見や希望を採り入れ、インフルエンザワクチンの無償化・休憩時間確保の徹底等福利厚生に反映している。夏季休暇やリフレッシュ休暇、有給休暇の入職時付与、短時間就労、半日有給、育児・介護休暇休業制度等、ワークライフバランスに配慮した取り組みを行っている。外部研修受講時のバックアップ体制・福利厚生の充実・ワークライフバランスに配慮した取り組みなど、人材の確保・定着の観点から働きやすい職場環境づくりに取り組んでいる。</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。		
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 · b · c
<p><コメント></p> <p>個人目標管理制度を整備し、職員個々の目標管理のための仕組みが構築されている。「目標設定シート」に、階層に応じた職員・専門職としての目標を設定している。目標は、事業計画の施設全体の共通目標や事業所別の重点目標に基づいた個人目標を設定し、組織として職員に期待する職員像を明確にしている。基本的に、6月に目標項目・スケジュール等を明確にした目標を設定し、2月に「目標設定シート」「振り返りシート」で、目標の達成状況を管理者と相互に確認して「評価者欄」に評価を記録し、次年度の目標設定に反映している。令和5年度は、9月・2月に面談を行い、中間で進捗状況の確認を行う予定である。</p>		
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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>「令和4年度シスナブ御津研修スケジュール」を策定し、介護技術研修・全体研修（法定研修・外部研修報告等）について、研修内容とスケジュールを明示している。外部研修計画は、事業計画書に明示している。研修計画内容に組織が職員に必要とされる知識や専門性を明確にしている。介護技術研修は、「研修議事録」ファイルに研修別資料と研修感想記録をファイリングし研修の実施状況を把握・管理している。全体研修は多くの職員が受講できるように同じ内容で2回実施し、感想記録を提出している。外部研修については、「研修申請及び命令書」「研修報告書」をもとに「出張申請書・研修申請書」一覧を作成し受講履歴を把握・管理している。処遇改善計画書策定時に、感想記録・研修報告書・面談時の意見等をもとに、管理者が内容やカリキュラムの評価・分析を行い、次年度の研修計画見直しに反映させている。</p>		

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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>資格証、履歴書等で、資格・経験年数等を把握し、本部でも一括管理を行っている。職員の知識や技術水準は、上位者が現場で観察したり、人事考課面談時にシートを活用して確認している。新入職者には、担当職員が概ね6ヶ月間、「新人職員介護レベル判定表」に沿ってレベル判定を行い、レベルに沿って「新人職員研修マニュアル」に沿ってOJTを実施し、チェックシートにより進捗状況の確認を行う仕組みがある。「令和4年度研修スケジュール」をもとにテーマ別の、事業計画をもとに階層別・職種別の研修機会を確保し、職員個々に応じた研修を実施している。外部研修情報を掲示し、面談時の希望に応じて研修計画に採り入れたり、対象者に参加を呼び掛け参加を奨励している。全体研修は勤務時間外に同じ内容で2回実施し、外部研修はシフト調整・時間外扱い・受講料法人負担、オンライン研修は視聴用スペースの整備や受講時間調整等、職員が研修に参加できるよう配慮している。</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。		
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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>ホームページで、法人の理念、介護理念・方針・目標、法人・事業所の事業報告、第三者委員を含めた苦情相談体制、各事業所の苦情内容別件数等を公表している。財務諸表を、WAMNETの財務諸表等開示システムで公開している。第三者評価受審結果をWAMNETで公表している。法人の理念や基本方針等について、社会・地域に対して主としてホームページで情報発信している。事業所の活動について、パンフレットをスーパー・行政窓口等に設置し地域に広報している。</p>		
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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>事務・経理・取引等に関するルールを決裁規定・経理規定等に明示し、業務分掌で権限・責任を明確にしている。規程は事務所に設置し、業務分掌は事業計画ファイルに綴じて閲覧可能にしている。外部の専門機関と契約し、必要に応じて弁護士・税理士・社労士等専門職等への相談や助言を受けられる体制がある。外部専門機関、会計監査人等による定期的な往査を実施し、指摘事項を講評記録で共有し経営改善を実施している。年1回、監事監査を実施している。</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。		
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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>法人基本理念に、地域社会との共生を掲げ文書化している。事業計画書重点目標に地域住民との交流を明示している。市・地域が開催するイベント・講演等の案内を施設内への設置・掲示等で活用できる社会資源や地域の情報を提供している。「たつの市暮らしの便利帳」を活用し、情報提供している。通常は地域の夏祭り・マラソン見学等に、職員が同行し参加を支援しているがコロナ禍のため休止している。通常は、夏祭りに、模擬店を出店し利用者も参加して地域の人達との交流機会を設け、事業所への理解が得られるよう取り組んでいる。文化展への作品の出展は継続している。特殊寝台の活用・外出時のインフォーマルな訪問介護サービスの活用、移動販売の利用等地域における社会資源を利用するよう情報提供している。</p>		
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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>通常は、演芸ボランティア受け入れているが休止し、現在は外部清掃等環境整備ボランティアの受け入れを継続している。「ボランティア受け入れ計画（ボランティア受け入れマニュアル）」を整備し、導入意義等基本姿勢を明文化している。令和4年度には、トライやるウィークを受け入れ、学校教育への協力を行っている。留意事項等冊子を中学校で作成し配布している。</p> <p>ボランティア受け入れマニュアルに、オリエンテーションでの事前説明事項・学校教育への協力についての基本姿勢等について明文化し、受け入れ時には、ボランティアに対して守秘義務等必要な研修・支援を行うことが望まれます。</p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
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 · b · c
<p><コメント></p> <p>利用者の状況に対応できる社会資源として、「たつの市暮らしの便利帳」・「たつの市生活いろいろお助け帳」・介護保険事業所サービスマップ等を事務所に設置し、共有を図っている。必要時にはインターネットでも検索閲覧している。施設として、地域ケア会議・地域包括ケア会議・民生委員との交流会・給食施設連絡会・栄養士連絡会等に参加し、共通の問題に対して解決に向けて取り組んでいる。</p>		
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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>施設として、通常は、「ふれあい会」（自治会と合同開催する食事会・介護相談等）や地域住民参加の夏祭り等を開催し、地域住民との交流を意図した取組を行っている（コロナ禍のため休止中）。施設内各事業所が連携して年4回、地域の介護者を対象とした口腔ケア等介護塾（まちの保健室）を開催している。随時、施設で介護相談を受けるとともに、在宅介護支援センターが相談窓口となって対応し相談記録を作成している。施設として、福祉避難所協定を結び、ハザードマップにも掲載し地域に周知を図っている。「福祉避難所」に関する地域住民共同の研修会を開催して地域における役割等について確認がなされている。通常は、法人として菜の花祭り等地域行事へ協賛を行い、夏祭りには出店して開催に協力している。</p>		

27	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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設として、介護塾（まちの保健室）の開催、地域ケア会議・地域包括ケア会議・民生児童委員との交流会等への参加や、主として在宅介護支援センターが窓口となつての相談事業の実施等を通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。 把握した福祉ニーズにもとづいた地域貢献に関わる事業・活動を事業計画等に明示し、実施することを期待します。</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。		
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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者尊重について、法人理念・介護理念、倫理規定・運営規程、介護マニュアルに明示している。全体研修・介護技術研修で基本的人権への配慮についての研修を実施している。「身体拘束・虐待防止委員会」で、基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。</p>		
29	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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>入居者のプライバシー保護について、事業所のプライバシー保護マニュアルを整備し、介護マニュアルにも記載している。虐待防止指針・身体拘束適正化指針を整備し、全体研修で年2回研修を実施している。居室はすべて個室で、トイレも設置され、プライバシーが守られた生活環境である。管理規定に明記し、入居者や家族にプライバシー保護と権利擁護に関する取り組みを周知している。プライバシー対応チェックリストに沿って、毎月のケアハウス職員会議で自己評価を行い、マニュアル・指針にもとづいたサービスの実施に取り組んでいる。不適切な事案が発生した場合の対応方法等を、個人情報管理規程・就業規則・虐待防止指針に明示している。</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。		
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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>入居希望者に対して、ホームページで必要な情報を広く提供し、また、パンフレットを施設玄関・役所・スーパー等多くの人が入手できる場所に置いている。ホームページ・パンフレットは、言葉遣い・写真等でわかりやすく情報提供できるよう工夫している。希望に応じて、随時見学に対応し、個別に丁寧な説明に努めている。ホームページ・パンフレットは随時見直し、ブログは定期的に更新している。</p>		

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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>サービス開始時の説明は、利用者の同席を基本とし、利用者の自己決定を尊重している。新規入居契約マニュアルに沿って、入居契約書・重要事項説明・管理規定・個人情報使用同意書・誓約書等に沿って説明し、文書で同意を得ている。入居者がわかりやすい資料として、パンフレットを用いて説明している。契約内容に変更がある場合は文書を作成し、入居者には茶話会で説明し、家族には郵送している。意思決定が困難な利用者には、身元保証人を設定し適正な説明、運用を図っている。</p>		
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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>契約終了時には入居者・家族と十分に話し合い、不利益が生じないように配慮している。入院や他施設への入居の際は、移行先の要請に応じた書式で引継ぎの文書を作成している。生活相談員を利用終了後も相談窓口として設置し、終了時に説明し名刺を渡している。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>食事についての満足度調査として嗜好調査を年2回実施し、管理栄養士・食の委員会が結果を分析し改善に反映している。月に1回茶話会を開催し、入居者満足の把握を行い改善に取り組んでいる。6ヶ月に1回の個別サービス実施評価の際には、生活相談員が入居者の要望を個別に聴いて満足の把握に努め、次期の計画に反映している。</p> <p>食事以外のケアハウスのサービスについての満足度調査も実施されること期待します。</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。		
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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>「苦情解決規定」を作成し、解決責任者、受付担当者、第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備している。「相談・苦情の受付について」として、苦情受付窓口・対応について、管理規程に記載して配布し、ケアハウスの玄関にファイルを設置し、ホームページにも掲載している。意見箱をケアハウスの玄関に設置し、茶話会を毎月開催する等、入居者が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。苦情があれば、苦情対応記録に記録し、苦情件数・内容（分類）を事業報告書に記載してホームページで公表する仕組みがある。また、危機管理委員会で共有し、サービスの質向上に取り組む仕組みがある。</p>		
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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>管理規程に、「相談・苦情の受付について」として複数の窓口や方法を明記し、契約時に配布するとともにケアハウスの玄関に設置している。また、施設玄関に組織図と写真入り職員紹介（部署・職種）を掲示し、相談相手を選べるよう工夫している。各居室・応接室等、相談しやすいスペースを確保し環境に配慮している。</p>		

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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>「相談・意見受付対応マニュアル」を整備し、年に1回、ケアハウス職員会議で検証している。毎朝のバイタルチェック時や手工芸の時間等に利用者個々とコミュニケーションを行い、相談や意見を話やすいよう努めている。意見箱の設置・茶話会での話し合い等、利用者の意見を積極的に把握する取り組みを行っている。意見・相談は入居者申し送り事項や経過記録に記録して共有し、反映できるよう取り組んでいる。</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。		
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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>危機管理委員会を設置し、リスクマネジメントに関する体制を整備している。事故防止、発生時対応について事故発生防止指針を整備している。ヒヤリハット報告書・事故報告書で事例を収集し、閲覧により周知を図っている。事故について、時間・場所のグラフ・内容・対応・今後の取り組みの月次報告書を作成し、危機管理委員会で共有している。事故防止策の実施状況や実効性は、危機管理委員会で評価・見直しを行っている。介護技術研修・全体研修で、KYT研修を実施している。</p>		
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 · b · c
<p><コメント></p> <p>感染対策委員会を設置して感染症対策についての管理体制を整備し、3ヶ月に1回開催している。感染症マニュアルを整備し、定期的には年に1回看護主任が中心に検証するとともに、必要時には随時見直しを行っている。感染症マニュアルをもとに、感染症の予防策を講じ、発生した場合の対応を適切に行っている。介護技術研修・全体研修で研修を実施するとともに、令和4年度は感染症対応のBCP訓練を年7回実施し、各職員が主体的に迅速な対応ができるよう取り組んでいる。</p>		
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している。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>防災マニュアルに災害時の対応体制を定めている。立地条件等から災害の影響を把握してBCPを整備し、事業継続のために必要な対策を講じている。利用者については、ドアを閉めシグナルで避難を、利用者名簿で安否を確認し、職員については、緊急連絡網・職員の住所地の防災マップを作成し、一斉メールで安否確認を行うことを定めている。防災計画を整備し、火災対応の総合避難訓練を年2回、土砂・水害対応のBCP訓練を年1回実施している。</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。		
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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>サービスの標準的な実施方法を、ケアハウスタイムテーブル・ケアハウス介護マニュアルに文書化している。介護マニュアルに、利用者尊重・プライバシー保護に関わる姿勢を明示している。入職時のOJT研修で周知し、進捗表で確認する仕組みがある。介護上のプライバシー保護については、毎月のケアハウス職員会議で、プライバシーチェックシートで確認している。</p>		
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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>年に1回ケアハウス職員会議で介護マニュアルの検証・見直しを実施している。職員の意見を集約して検証し、ケアハウス職員会議の議事録に記録している。</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。		
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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>生活相談員を、「個人別サービス実施計画表」作成の責任者としている。アセスメントシートでアセスメントを実施し、ケアハウス職員会議で、アセスメント・計画策定に関する協議を行っている。6ヶ月毎に「個人別サービス実施評価」に実施状況と評価を記載してモニタリングを行い、計画に沿ったサービス実施を確認している。支援困難ケースへの対応はケアハウス職員会議で検討し、経過を経過記録で共有し支援に取り組んでいる。「個人別サービス計画表」の作成・見直しのための検討記録を、ケアハウス職員会議録や支援記録に残すことが望まれます。</p>		
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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>生活相談員が入居者・家族の要望を把握し、6ヶ月毎に「個人別サービス計画表」を見直し、入居者・家族の同意を文書で得ている。見直しの際は、「個人別サービス実施表（評価）」で実施状況の把握と評価を行い、アセスメントシートで再アセスメントを実施している。計画の見直しについてはケアハウス職員会議で検討し、変更内容を共有している。事例はないが、必要に応じて緊急に見直す場合も同じ手順で行うこととしている。</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。		
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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>利用者の身体状況や生活状況等を、アセスメントシートで把握し記録している。「個人別サービス計画表」にもとづくサービス実施を熱計表や支援記録等に記録している。支援記録の記録内容を生活相談員や管理者が確認し、必要に応じて個別に指導・助言を行っている。入居者申し事項・支援記録・ケアハウス職員会議等で入居者支援や業務について情報共有している。各種委員会・運営推進会議・高齢者施設運営推進会に参加し、部門横断で情報共有している。回覧での情報共有と、DX化の推進によるデータ配信での情報共有を併用している。</p>		

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 · b · c
<p><コメント></p> <p>個人情報管理規程・文書管理規程により、記録の保管、保存、廃棄、情報の提供、個人情報の不適正利用や漏えいに対する対応方法、管理責任者を規定している。職員は入職時に個人情報保護規定について説明を受け、守秘義務に関する誓約書を交わしている。全体研修で、個人情報保護研修を実施している。利用者・家族には、契約時に個人情報使用について説明し同意を得ている。</p>		

A 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		
A①	A-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。（養護、軽費）	a · b · c
A②	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 · b · c

特記事項

A①	利用者・家族の希望をもとにサービス実施計画表を作成し個々に応じた生活となるよう支援している。自立した生活を基本としているが、通院・買い物・社会福祉協議会主催の高齢者の集いなどの社会参加の支援を行っている。また、いきいき体操やかみかみ体操・手芸・音楽体操やクッキングなどの日中活動の支援を行っている。精神疾患を有する高齢者については、医療機関との連携・行政手続き・生活関連サービスについて生活相談員が中心に支援している。介護サービスが必要になった際には、家族や担当介護支援専門員と連携し、介護サービス開始に向けた支援を行う体制が整備されている。
A②	毎朝のバイタルチェック時や手工芸の時間等に利用者個々とコミュニケーションを行い、毎月の茶話会で利用者の希望や意見の把握に努め、支援記録やケアハウス職員会議で共有し支援に活かせるよう取り組んでいる。接遇研修や危機管理委員会での検討等により、利用者の尊厳に配慮した言葉遣い・対応の徹底を図っている。アセスメントシートで利用者個々のコミュニケーション能力について把握し、6ヶ月に1回再アセスメントを行い、必要時に検討を行っている。利用者個々の状況に応じて筆記やジェスチャー等、個別のコミュニケーション方法を工夫している。会話の不足しがちな利用者には、居室等で個別に思いや希望を聞く機会を設けている。

		第三者評価結果
A-1-(2) 権利擁護		
A③	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。	a ・ b ・ c

特記事項

入居時に、管理規程に沿って権利侵害防止について入居者に説明している。全体研修での研修、身体拘束適性化・虐待防止委員会、プライバシー対応チェックリスト等により、権利侵害の防止と早期発見に取り組んでいる。身体拘束は行っていないが、緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の手続と実施方法等を身体拘束適性化指針に定めている。所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を、虐待防止指針に明示している。身体拘束適性化・虐待防止委員会、危機管理委員会を毎月開催し、権利侵害の防止等について職員が具体的に検討する機会を設けている。権利侵害の事例はないが、発生した場合には、上記委員会でも再発防止策等を検討し実践する仕組みがある。

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		
A④	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。	a ・ b ・ c

特記事項

食堂は大きな窓から光が入り、明るい環境となっている。館内はバリアフリーで自由に行き来できる。気候に合わせた室温となるよう職員が空調管理を行い、清掃が行き届いている。居室は全て個室で、トイレも完備されておりプライバシーが確保されている。利用者の意向やこれまでの生活を尊重した過ごし方ができるよう、居室の設えや持ち込み品は自由となっており、利用者の思いに沿った配置がなされている。利用者がくつろげるよう、食堂には各所に椅子が設置され、テレビや新聞・雑誌などが自由に利用することができる。環境についての意向は、入居時に利用者・家族に確認している。また、月1回利用者と意見交換を行う「茶話会」を開催し、意見をもとに改善に向けた取り組みを行っている。

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		
A⑤	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 ・ b ・ c
A⑥	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。	a ・ b ・ c
A⑦	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。	a ・ b ・ c
A⑧	A-3-(1)-④ 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択などについて支援している。	a ・ b ・ c
A⑨	A-3-(1)-⑤ 利用者の個性や好みを尊重し、理容・美容への支援を行っている。	a ・ b ・ c
A⑩	A-3-(1)-⑥ 安眠できるように配慮している。	a ・ b ・ c

特記事項

A⑤

アセスメントシートで利用者個々の心身の状況を把握し、個々の状態に応じた入浴方法をとっている。自立の利用者は自身で入浴し、支援が必要な利用者は外部サービス（訪問介護、通所介護）を利用している。浴室には、滑らないように足元に滑り止めマットを使用したり、転倒予防のために手すりを各所に設置している。福祉用具が必要な場合は担当介護支援専門員に相談し、個人でシャワーキャリー等を利用している。浴室は2か所（大・小）あり、循環浴となっている。毎日塩素濃度と湯温を職員が確認し、週一回湯の入れ替えを行っている。入浴の誘導や介助を行う際の利用者の尊厳や羞恥心への配慮は入浴マニュアルに尊重を明示し、実践に繋げている。浴室の使用は、入浴表で時間を決めて利用者の体調や意向に合わせ行い、希望があれば毎日入浴することもできる。利用者の心身の状況に変化があれば支援経過に記録し、担当介護支援専門員・家族に連絡し、外部サービスの利用につなげる等対応している。毎日バイタルチェックを行い、入浴の可否基準をマニュアル等で明示し、疾患によっては個人ごとに基準を設けている。利用者の身体に傷や湿疹がある場合は、シャワー浴にするように助言している。外部サービスから入浴状況の報告を受けた場合は、内容を熱計表に記載し、職員間で共有している。

A⑥

アセスメントシートで利用者個々の心身の状況を把握し、個々の状態に応じた排せつ方法をとっている。ケアハウスの入居条件として、排せつの自立を定めている。排せつ面で支援が必要な状態になった場合は家族と相談し、サービスの変更を検討している。定期的に水分補給を促し、お茶やポカリゼリー等も準備し、水分補給により自然な排せつができるよう配慮している。トイレは各居室に設置され、プライバシーが確保されている。掃除は本人が行うが、支援が必要な場合は家族や担当介護支援専門員に相談し外部サービスを利用している。トイレには手すり・ナースコールが設置され、利用者の心身の状況によっては担当介護支援専門員に報告して福祉用具を設置する等、安全に排せつが行えるように取り組んでいる。利用者からの相談があれば助言し、健康状態に関わることであれば受診の付き添い支援等を行っている。外部サービス利用中の報告を受けた場合は記録に残し、職員間で共有している。内容に応じて、ケアハウス職員会議で支援について検討する機会を設けている。

A⑦

アセスメントシートで利用者個々の心身の状況を把握し、個々の状態に応じた移動方法をとっている。館内は全てバリアフリーで、利用者が安全に移動できるように食堂のテーブルや椅子の配置を工夫し、導線を確認している。職員が居室に入室した際に、安全面で気づいた点があれば利用者に助言している。利用者の移動は基本的には自立しているが、利用者の状況に応じて、家族・担当介護支援専門員と連携し福祉用具を利用している。体調不良で歩行に影響がある等、車いすが早急に必要になった場合は、施設内で車いすを一時的に貸し出す等の支援を行っている。また、夜間は職員が不在となるため、必要に応じて施設内の特別養護老人ホームと情報共有している。移動について利用者の心身の状況に変化があれば、申し送りノート等で職員間で共有し、適宜検討している。居室のトイレにナースコールの設置があり、職員が携帯しているPHSと連動し迅速に対応できるようになっている。

A⑧

衣類は、基本的には、居室のたんす等に入れ、入居者の意思で選択している。入居者の状況に応じては、訪問介護サービスを利用して衣類を選択しているが、必要に応じて、事業所の職員が相談に応じ対応している。入居者からの希望や相談があれば、衣類の購入を家族に依頼している。洗濯については、事業所内の乾燥機付き洗濯機を使用し、本人または訪問介護員が洗濯を行い、事業所も時間調整等を支援している。

A⑨

月に2回訪問理美容の業者の訪問があり、日程を掲示し、入居者の希望に応じて予約の支援を行っている。資料は訪問理美容の業者が用意し、髪型等について希望があれば入居者が直接業者に伝えたり、必要に応じて職員が相談に応じている。化粧品の購入等について相談があれば、個別に対応している。希望があれば、地域の理髪店や美容院について情報提供したり、送迎の支援を行っている。

A⑩

居室はすべて個室で、照明は明るさを調整でき、ベッドライトも設置されている。テレビを利用する際はイヤホンを使用することを利用者に説明し、他の利用者への音の配慮もされている。ベッドは基本的には持ちこみとなっており、場合によっては介護用ベッドをレンタルすることもできる。私物も持ち込みの制限はなく好みの寝具を持参することが可能である。

		第三者評価結果
A-3-(2) 食生活		
A⑪	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	○ a ・ b ・ c
A⑫	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。	○ a ・ b ・ c
A⑬	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	○ a ・ b ・ c

特記事項

A⑪

年1回嗜好調査を実施し、利用者からの意見を食の委員会で検討し献立や行事食に反映している。季節感・行事食を取り入れた、彩にも配慮した食事を提供し、選択メニュー・各種企画食・手作りクッキング等、食の楽しみが感じられる機会を数多く設けている。食堂は明るく清潔な環境で、音楽をかけたり、好みの番組を見ながら食事ができるようにテレビを設置している。利用者間で話が弾むように関係性を考慮し座席を配慮したり、利用者の希望によっては居室に食事を配膳することもできる。居室にキッチンが設置され、電気調理器具があり、自炊することも可能である。衛生管理は、厨房関係については大量調理施設衛生マニュアル・点検票をもとに、介護現場については食中毒対策マニュアル、まん延防止のための指針をもとに適切に行われている。

A⑫

アセスメントシートで利用者個々の心身の状況を把握し、普通食・キザミ食・一口大等個々の状態に応じた食事形態で提供している。利用者の体調に合わせて急な食事形態の変更にも対応できる体制を整えている。個々の食事のペースや希望に合わせて提供時間を配慮し、居室に配膳することも可能である。食事量が少ない利用者には職員が声をかけて促したり、食べやすい様におにぎりに変更したり、食事形態を利用者個々の状態に合わせて提供している。嚥下機能を維持するために、週5日かみかみ体操を実施している。誤嚥、窒息など食事時の事故発生の対応方法を食事マニュアルに明示し、マニュアルは食堂に設置している。食事提供や支援等について検討事項があれば、ケアハウス職員会議で検討し調整する機会を設けている。

A⑬

各居室に洗面台を設置している。口腔ケアを職員が直接支援することはないが、利用者に食後に口腔ケアを行うように促している。口腔機能を維持するため、週5日かみかみ体操を実施している。利用者の心身の状況で口腔ケアが不十分な場合、外部サービス（通所介護）へ情報提供を行い利用時に支援している。施設合同の介護技術研修で口腔ケア、食事介助研修を実施し、参加している。利用者の希望に応じ、訪問歯科やかかりつけの歯科医の受診を支援している。診療を受けた内容は、本人または歯科から情報提供を受け、受診記録に記載し職員間で共有している。

		第三者評価結果
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A⑯	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。	a · b · c

特記事項

アセスメントシートで利用者個々の心身の状況を把握している。サービス実施計画表を作成し、利用者が主体的に機能維持に取り組めるように、いきいき体操・かみかみ体操、手工芸、レクリエーション活動を開催し、本人や家族の意向を聞き支援内容に反映している。訪問リハビリや通所介護などの外部サービスを利用した際の様子から専門職の助言を受け、支援内容を検討している。本人や家族の希望を確認し、半年に1回、サービス実施計画表を評価し、見直しを行っている。判断能力の低下など変化があれば支援経過記録に記録し、担当介護支援専門員・家族に連絡し医療機関の受診に繋げている。外部サービスの利用回数の調整を行ったり、レクリエーション活動への参加を促し、居室への閉じこもり防止を働きかけている。

		第三者評価結果
A-3-(6) 認知症ケア		
A⑰	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a · b · c

特記事項

アセスメントシートに、利用者の生活歴・習慣・性格・趣味嗜好・職業・日常生活能力や機能等を記録して把握し、6ヶ月に1回再アセスメントを行っている。支持的・受容的な関わり・態度については、介護技術研修で接遇・プライバシー研修、認知症研修を実施し周知を図っている。行動・心理症状（BPSD）がある入居者については、支援記録に状況を記録し、ケアハウス職員会議や看護師を含む専門職者が参加する運営推進会議で支援内容を検討し、ケアや生活上の配慮を行っている。入居者個々の症状に合わせ、手工芸等の個人活動、体操等のグループ活動が継続して行える機会作りを行っている。

		第三者評価結果
A-3-(7) 急変時の対応		
A⑱	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。	a ・ b ・ c

特記事項

入居者の体調変化に気づいた場合の対応手順をケアハウス緊急時対応マニュアルに明示し、特別養護老人ホームの看護師と連携体制を整備している。毎朝入居者全員にバイタルチェックを行い、検温表に記録している。朝7:30の居室訪問、朝食後のバイタルチェックを毎日行い、利用者の体調変化や異変の兆候に早く気づくための工夫を行っている。介護技術研修で、健康管理・バイタル測定研修を行い、全体研修でAED/CPR研修を実施している。職員介助の預り薬は、ケースにセットし、服薬チェック表に記録し、ダブルチェックを行っている。

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		
A⑳	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。	a ・ b ・ c

特記事項

定期的にはホームページ（概ね月1回）、お便り（年2回）で入居者の様子を伝え、家族の面会・来訪時には近況を報告している。変化があった場合は、生活相談員が電話で家族に報告している。面会・来訪時、電話連絡時、サービス担当者会議時等に、家族にサービスの説明、要望の把握、相談対応を行っている。相談内容は、支援記録に記録し職員間で共有している。通常は、家族との面会・外出・外泊に制限を設けず、施設の夏祭りには案内を出して参加を勧める等、入居者と家族がつながりを持てるよう取り組んでいる。

A-5 その他

		第三者評価結果
A㉑	A-5-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。	a ・ b ・ c
A㉒	A-5-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。	a ・ b ・ c
A㉓	A-5-③ 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できるよう配慮している。	a ・ b ・ c

特記事項

A㉑
 外出マニュアルを整備している。入居者の希望に応じて、買い物・病院受診・銀行等に職員が同行支援している。コロナ禍のため外出の機会は減っているが、所用での外出を兼ねてドライブを行ったり、令和4年11月には文化展に出展し作品を観に行ったり、令和5年の春には花見外出を再開した。地域の広報誌を入居者に配布し、地域の情報を提供している。職員が外出に同行する場合は携帯電話を所持し、利用者が単独で外出す場合は施設の名刺を渡し、不測の事態に備えてる。

A②

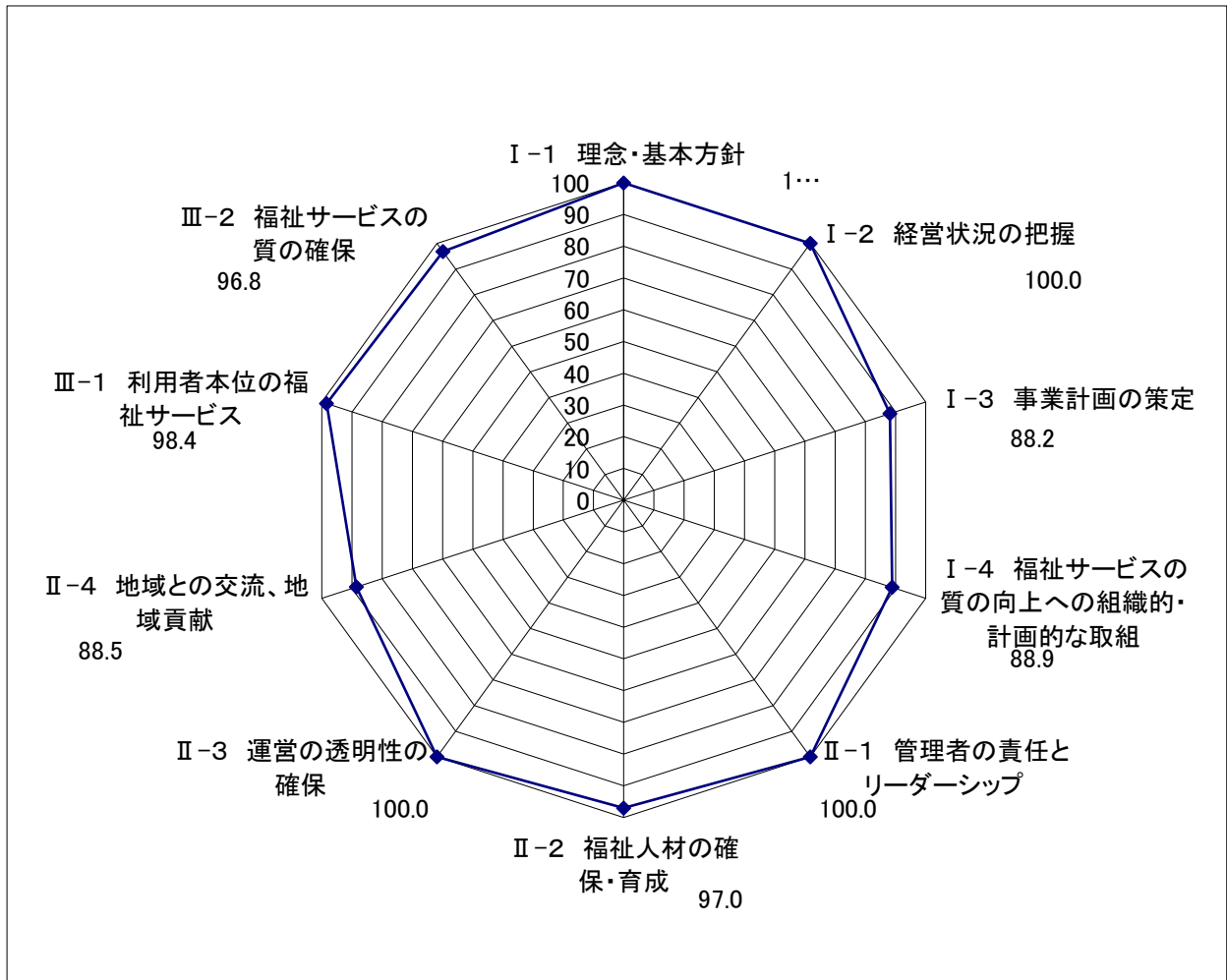
携帯電話を所持している入居者が多く、居室に固定電話を設置することも可能である。希望に応じて施設の電話をワイヤレスで使用でき、プライバシーに配慮している。施設玄関に入居者個別の鍵のかかる郵便受けを設置し、プライバシーが守られている。投函についても、希望に応じて職員が支援している。

A③

新聞・雑誌は希望に応じて個人購入でき、テレビやラジオも個人で所有できるよう便宜を図っている。食堂にテレビを設置し、新聞や雑誌も設置し、共同利用している。

I ~ III 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	6	6	100.0
I-2 経営状況の把握	8	8	100.0
I-3 事業計画の策定	17	15	88.2
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	9	8	88.9
II-1 管理者の責任とリーダーシップ	17	17	100.0
II-2 福祉人材の確保・育成	33	32	97.0
II-3 運営の透明性の確保	11	11	100.0
II-4 地域との交流、地域貢献	26	23	88.5
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	63	98.4
III-2 福祉サービスの質の確保	31	30	96.8
合計	222	213	95.9



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
A-1 生活支援の基本と権利擁護	19	19	100.0
A-2 環境の整備	4	4	100.0
A-3 生活支援	69	69	100.0
A-4 家族等との連携	5	5	100.0
A-5 その他	8	8	100.0
合 計	105	105	100.0

合計(I～Ⅲ+A)	327	318	97.2
-----------	-----	-----	------

