

第三者評価結果

事業所名：アズハイム綱島

I 福祉サービスの基本方針と組織

1 理念・基本方針

(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	第三者評価結果
【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
<コメント> 法人の理念（5つの誓い）や基本方針（サービスコンセプト5つの柱）をパンフレット、ホームページなどに掲載しています。事業所では理念を事務室に掲示し、職員は全員が理念や使命、行動規範等を記載したカードを携帯しています。入居者や家族には見学時や入居契約時に理念等を説明し、特に入居者には基本方針通りのケアを実践することで、法人の方針とする姿勢を実感してもらい、職員に対しては、入職時の研修や毎年計画的に行う全スタッフ対象の研修やミーティング、全体会議で周知を図っています。	

2 経営状況の把握

(1) 経営環境の変化等に対応している。	第三者評価結果
【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。	b
<コメント> 法人では、不動産事業部が、活用したい不動産のある地域の福祉ニーズを把握し、双方のニーズが一致するところでの施設設置となっていることから、事業所では直接社会福祉事業の動向や福祉計画等の把握はされておらず、法人との情報共有も図れていません。しかし、予算や実績等、経営に係る分析やコスト管理については、情報共有しています。ホーム長は、ホームでのケアを更に充実させるとともに、例えば災害時の避難所としてなど、地域に有益な施設機能の提供をしたいと考えています。今後は地域の福祉情報等の収集が望まれます。	
【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。	b
<コメント> 経営に関しては、基本的に法人で把握、分析をしています。事業所では、順調に安定して経営が行われるために、さらにケアを充実させる必要があると考え、スタッフの研修に力を入れています。スタッフの育成については、法人と協力し、理念をしっかりと習得できるようにしています。施設開設から1年余りで、入居者が定員に達していないこともあり、ホーム長は朝礼時などに、新たな入居者の受け入れ目標などをスタッフに分かりやすく伝えています。施設見学などを積極的に受け入れ、新規の入居につなげています。	

3 事業計画の策定

(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	第三者評価結果
【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。	c
<コメント> 年一度、全社総会がオンラインで開催され、各部署のトップが経営ビジョンについて口頭で発信し、その内容は、法人の機関誌に掲載されています。法人としての中・長期計画は存在しているとのことですが、事業所では可視化できるものとして把握しておらず、調査の中で内容の確認はできませんでした。	

【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。	c
<コメント> 事業所において単年度の事業計画は策定されていますが、法人の中・長期計画が把握されておらず、理念や基本方針を基本にしているものの中・長期計画を反映したものではありません。年度の事業計画は、「運営方針」「人員と予算」「アクションプラン」などの項目で策定し、例えば、アクションプランは、「入居者が望む暮らしの提供」、「個別アクティビティの実施」等の項目で具体的に示されています。ホーム長は、実施に当たってはスタッフへのさらなる内容の浸透が必要と考えています。事業計画は、法人の中・長期計画を踏まえて策定されることが望まれます。	
(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。	b
<コメント> 事業計画は、ホーム長がスタッフと年度末に話し合いながら、人員予算、アクションプランなど、具体的に策定しています。計画の実施状況については日々の業務の中で検証し、見直しをしています。策定した内容は、3ヶ月に一度行う事業所の全体会議でスタッフに説明し、周知を図っています。また、全体会議以外にも、ケースワークシートをスタッフが提出する際に、ホーム長がスタッフに対し、計画内容の理解を深めるよう個別に指導しています。ホーム長は、計画に対する職員の十分な理解が質の高いケアの提供の為に必要と考えています。	
【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。	b
<コメント> 事業計画全体について、基本的には入居者や家族への周知はしていません。計画している事業の一部について、入居者や家族に関連している場合や、介護支援専門員がケアプランを策定する時期に当たるなどした場合に、入居者支援に該当する部分や、興味関心のあることを伝えています。具体的には、入居者のこうしたい、こうなりたいという希望を「夢プロジェクト」とし、実現に向けたケアを提供していますが、この夢プロジェクト実現のための支援内容についてのみ伝えています。アクションプランの一つである排便体操はその一例です。	

4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

(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。		第三者評価結果
【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。		b
<コメント> 福祉サービスに対する評価は、法人が家族に対して顧客満足度アンケートを実施することで把握し、結果は事業所にフィードバックされています。ホーム長は結果について事業所でも検討する場と仕組みが必要と考えています。また、事業所では、直接入居者からの希望等を聞いています。今年はコロナ禍における外出や外泊等の制限への不満が出されましたが、改善のための有効な手立てはなされていません。スタッフに対しては年2回自己評価シートの記入をすることで自己成長の取組を可視化しています。評価結果の分析は法人が全社で実施しています。		
【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。		b
<コメント> 顧客満足度アンケートの結果は、法人で分析し各事業所に報告されます。事業所では、結果を閲覧したり、全体会議で周知しています。事業所では起きていませんが、内容が虐待など至急改善する必要がある場合は緊急の全体会議を開催することになります。それ以外の改善策に関しては、ホーム長と専門職で話し合い、策がまとまった段階でスタッフに知らせ、対応について共有しています。ホーム長は 課題を全スタッフ間でしっかりと共有するとともに、改善に向けての対応を事業所の仕組みとして明確に位置付ける必要があると考えています。		

Ⅱ 組織の運営管理

1 管理者の責任とリーダーシップ

(1) 管理者の責任が明確にされている。	第三者評価結果
【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。	b
＜コメント＞ 法人は各事業所の役職にかかる業務に関して「職務分掌」を作成し、その中でホーム長の職務や責任について明記しています。ホーム長は、日常業務の中で理念や方針などについて発信するとともに、緊急時や入居者の終末期対応に関する指示、ケアや経営の向上の取組、スタッフの教育・指導などを行っており、スタッフは作成された組織図と合わせ、ホーム長の役割や責任の範囲を理解しています。ホーム長不在時の権限委任についても、文書での明確化が望めます。	
【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。	b
＜コメント＞ ホーム長自身は、社内研修を通じて法令順守についての研修を受けていますが、施設運営全般に関する法令等の研修への参加は十分ではありません。事業所内では高齢者虐待防止やプライバシー保護、感染症対策など、法人として取り組んでいる法定研修をホーム長が中心になって実施し、必ず全スタッフ参加の取組をしていますが、直接的なケアの質を高めることを目的とした一部の法令等に止まっています。ホーム長には事業所の責任者として、高齢福祉分野だけではなく、雇用や労働、防災、環境等、広く施設運営に関連する法令へのさらなる理解が期待されます。	
(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
＜コメント＞ ホーム長は、日々の施設内巡回を通じ、入居者の表情、日常業務におけるケアの実態やスタッフのコンディション等について把握しています。課題や改善すべき点がある場合は、現場責任者や上位者のエリア長などと相談して改善を図っています。また、スタッフが気が付いた課題等は、ケアに関わる全スタッフが書き込める端末を利用した記録システムで情報を共有し、日々課題解決とケアの質の向上に繋げています。2ヶ月に1回の全員参加の研修、年2回の定期的なスタッフとの面談を行う他、随時、気にかかるスタッフとは個別に話し合いを持ち、意見や気持ちに配慮するよう対応しています。	
【13】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。	b
＜コメント＞ 経営改善や労務は法人で一括管理し、方針を打ち出しています。事業所開設後1年余りで新採用のスタッフが多く、ホーム長は法人の人員配置を基本にし、より良いサービスを提供するためには、特に新卒者の育成を丁寧に行う必要があると考えています。また、事業所ではプリセプター（先輩スタッフ）による育成もしていますが、スタッフが業務に精通するまで全体の業務負担が大きく、全体会議等でスタッフの理解を求めながら自らも現場でスタッフのサポートに入るなどしています。業務の実効性を高めるため、事業所全体で組織として取り組む意識形成や体制整備が期待されます。	

2 福祉人材の確保・育成

(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。	第三者評価結果
【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。	b
＜コメント＞ 法人が全ホームの必要人員体制から適正な募集人員数を決めて、採用活動をしています。法人の人事セクションに所属しているリクルーターが学校などをまわり、毎年多数の新卒者を採用していますが、ホーム長は十分ではないと考えています。新人は、4月の法人による研修の後、5月から9月まで配属先のホームで実地研修を行います。新人には先輩スタッフがプリセプターとして指導しています。必要人員は確保されていますが、ホーム長としては、まだ新卒の配置割合が多いので、時間をかけての育成が必要な現場の状況は厳しいという認識で研修に力を入れています。	

【15】 Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
--	--------------

(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 【20】 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。		c
<コメント>		
現在、法人として実習生の受け入れは考えていません。現在の人材育成はもちろんのこと、未来の人材育成への貢献も期待されます。		

3 運営の透明性の確保

(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		第三者評価結果
Ⅱ-3-(1)-① 【21】 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>		
ホームページには、法人の理念、ケアの基本方針、サービス内容、取組が写真などを活用してわかりやすく公開されています。入居者、家族等からの意見、クレームは運営懇談会で報告していますが、対外的な公表はしていません。苦情や意見にどう対処しているのか、個人が特定されないように配慮しつつ、広く市民に知らせていくことが期待されます。また、決算情報はホーム玄関で、閲覧できるようになっていますが、ホームページなどで公表されていません。今後は予算決算などの情報公開が望まれます。		
Ⅱ-3-(1)-② 【22】 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>		
職務分掌ではすべての職種、職階に関して、権限責任が明確にされています。取引や経理、事務に関しては稟議規定に基づいて行われています。決裁権限はシステムのなかで自動的にチェックされる仕組みになっています。緊急性のある取引は、その都度上部と相談しています。法人には常勤監査役と監査法人による外部監査役がいます。法人内に内部監査室があり、各ホームを巡回訪問して、事務や財務について確認をしています。事業として公正かつ透明性の高い運営にさらに努めていきたいとしています。		

4 地域との交流、地域貢献

(1) 地域との関係が適切に確保されている。		第三者評価結果
Ⅱ-4-(1)-① 【23】 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>		
法人のパンフレットやホームページにはサービス方針の一つとして「地域と一緒に年をとる」ことが明記され、地域交流マニュアルを作成しています。施設開設はコロナ禍の最中で現在に至っており、地域住民との交流は行えていない状況です。その中でも、地域の小学生が折り紙のプレゼントを届けに施設を訪問してくれて、わずかながら交流を持ちました。地域ケアプラザや自治会には開設時に挨拶をただけですが、交流ができる環境が整えば住民を招き、世代をつなぐ、地域にとっての大切な社会資源でありたいとホーム長は考えています。		
Ⅱ-4-(1)-② 【24】 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。		c
<コメント>		
ボランティアの受け入れは、法人の方針として行っていません。したがって、基本姿勢の明文化もされていません。コロナ禍以前は、他のホームで納涼祭の手伝いや音楽演奏の慰問を受け入れていましたが、現在は、新型コロナウイルス感染防止対策として規制しています。感染対策が解消された際には、地域と施設と繋ぐ役割として、また、施設が果たす地域の福祉人材育成への貢献として、ボランティア受け入れの検討が望まれます。		

(2) 関係機関との連携が確保されている。	
Ⅱ-4-(2)-① 【25】 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。	c
<コメント> コロナ禍での開設後1年余りの施設です。直後に地域ケアプラザと自治会の地区連合会長に挨拶し、自治会へ加入しています。その他、消防署と地区の交番と顔つなぎをしています。地域交流が法人として規制されていることから、地域の関係機関・団体等社会資源の情報収集や交流等はありません。ホーム長は、新型コロナウイルス感染が収まるなど、時期が来れば地域の関係団体との交流を図りたいと考えています。	
(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	
Ⅱ-4-(3)-① 【26】 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。	c
<コメント> コロナ禍で、事業所では地域交流が可能な行事等は行っておらず、地域の福祉や高齢者関連の団体、住民との交流がほとんどできていないため、地域ニーズや生活課題は把握していません。事業所としては、感染が収まる時が来たら、災害時の避難場所提供など、地域での社会資源としてのあり方を検討する予定です。	
Ⅱ-4-(3)-② 【27】 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。	c
<コメント> 事業所では地域の福祉ニーズ等の把握はしておらず、地域への貢献的な活動は実施していません。しかしホーム長は、新型コロナウイルス感染が収束するなどの状況になったら、大規模災害等が起こった時などに地域住民に対して避難場所として場所の提供ができるのではないかと考えています。	

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

1 利用者本位の福祉サービス

(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1)-① 【28】 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
<コメント> 法人の理念に基づき、事業所では入居者一人ひとりの気持ちを尊重し、個別ケアによって安心・安全やその人が望む生活を提供することを大切にしています。スタッフ全員が、理念や使命等を印刷したカードを携行しながら業務に当たっています。安全委員会やマナー向上委員会が中心になって入居者への対応を確認しています。スタッフは全員、高齢者虐待防止や接遇などの研修を受講するとともに、年2回自己評価シートで自らの振り返りとホーム長との面談を実施しています。ホーム長はさらに言葉遣い等、入居者尊重を徹底させたいと考えています。		
Ⅲ-1-(1)-② 【29】 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
<コメント> 入居の際の契約書に、入居者の権利としての尊厳を守るため、可能な限りプライバシーが尊重されることを明記し、スタッフ全員がプライバシー保護に関する研修を必ず受講することとしています。接遇マニュアルでは、居室への入退室について触れており、マナー向上委員会を通じて研修を行っています。排泄や入浴介助、口腔ケア介助については、個別に他者の目に触れないところで介助し、入居者の希望に添って同性介助を実施しています。自力で排泄や入浴が可能な入居者には、外からの声かけで見守りしています。		
(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 【30】 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> 法人や事業所のパンフレットやホームページには、写真や図を多用し、理念を始め利用希望者が必要とする情報を分かり易く掲載しています。パンフレットは公共施設等には置いていませんが、事業所入り口の立て看板に配架しています。見学等の希望者には、専任の入居相談員が個別に丁寧に説明をしています。併せて体験利用などにも対応しています。		

Ⅲ-1-(2)-② 【31】 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
--	--------------

Ⅲ-1-(4)-③	
【36】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
＜コメント＞	
ケアスタッフは、入居者の日々の声の傾聴に努めています。内容は法人のITシステムを活用し、端末に記録を入力することで全スタッフがリアルタイムで情報共有することができます。また、毎年顧客満足度アンケートを実施しています。結果は法人で分析、検討し、必要な改善は迅速に対処するように努めています。クレーム対応については、マニュアルがあり、事例を用いた研修を行っています。日常的なクレームは、「2～3日残さない」をモットーに直ちに対処するようにしています。ホーム長はクレームや苦情を少しでも減らすために、さらに取組を強化していきたいと考えています。	
(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	
【37】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
＜コメント＞	
職務分掌に、ホーム長がホーム内の安全確保と緊急時の対応、体制の構築を行う旨が明記されています。事業所では事故・身体拘束防止委員会がリスクマネジメントについて協議しています。入居者の事故が発生した場合、事故報告書を用いてスタッフ間で情報を共有し、専門職も参加してカンファレンスを行い、再発防止策を策定しています。ヒヤリハット事例を収集し、委員会で分析、対策を講じるとともに、全スタッフが介護事故発生予防・再発防止や危険予知トレーニング研修を受講しています。ホーム長は安全対策を徹底するため、さらに取組を強化したいと考えています。	
Ⅲ-1-(5)-②	
【38】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
＜コメント＞	
感染症対策の責任者はホーム長です。感染症委員会があり、法人が定めた指針に基づいて、ホーム内の感染対策を具体化しています。看護スタッフが専門的知見から助言、指導をしています。「感染症対策チェックリスト」では、健康状態、手洗い、排泄介助、嘔吐物処理、ゾーニング等の項目があり、毎月スタッフが分担してチェックしています。感染症対策に関しては、ホーム内で定期的に事例検討や研修を実施しています。	
Ⅲ-1-(5)-③	
【39】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。	b
＜コメント＞	
災害時対策の全体責任者はホーム長です。事務所には緊急連絡網を掲示し、非常時に用意する準備リストがあります。非常食80名分、水750ml54ダースなどを備蓄しています。消防避難訓練は年2回実施しています。ただし、消防署の指導は受けていません。行方不明者の顔写真、特徴を伝える捜索用カードを備えています。事業を継続するため、スタッフ出勤基準、出勤率に応じた業務一覧表が記されたBCP（事業継続計画）を作成しています。急傾斜地に立地しており、土砂災害避難確保計画がありますが、これに対応した避難訓練を行うことが今後の課題です。	

2 福祉サービスの質の確保

(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。	第三者評価結果
Ⅲ-2-(1)-① 【40】 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＞ 日常の介護は、入居者ごとのケアプランをもとに、統一した対応がとれるようにしています。倫理・法令遵守マニュアルに、利用者の尊重、プライバシーの保護、身体拘束の禁止、虐待防止のためのルールが示されています。このほか、食事、入浴介助、排泄、認知症ケア、介護進行予防、苦情処理対応、等々のマニュアルが作成されており、必要に応じて研修を行っています。新人スタッフに対しては、プリセプターがOJTのチェックシートを用いて確認していますが、他のスタッフが標準的な実施方法で実施しているかを確認する仕組みはありません。	

Ⅲ-2-(1)-② 【41】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
＜コメント＞ 各種マニュアルに基づき標準的に実施していますが、入居者の状態やスタッフの意見から、個別のやり方で運用することがあります。個別運用については、端末での情報共有システムでスタッフ間で統一されています。各種マニュアルの見直しは、法人の教育・研修セッションが、法令改訂時、実地指導監査などの助言を参考にして毎年実施し、各ホーム長に通知しています。標準的な実施方法の定期的な検証と見直しに関して、ホーム長としては十分とは考えておらず、さらに精度を高めていく必要があると考えています。	
(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 【42】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。	
＜コメント＞ 入居者のアセスメントシートは入居時には介護支援専門員が事前に家庭訪問等をして作成します。入居後は、担当ケアスタッフが3ヶ月に1回、健康、食事、排泄、口腔、ADL等々のモニタリングとアセスメントを実施し、介護支援専門員が内容をチェックして完成させケアプランに繋がります。また、「夢を叶えるケースワークシート」を個別に作成しています。入居者ごとに違う人生経験があり、それぞれが実現したい夢は何か、実現するための阻害要因が何かを分析して個別に自己実現を支援する取組です。入居者が望む暮らしを応援するために、さらにきめ細かなアセスメントをしていきたいと考えています。	
Ⅲ-2-(2)-② 【43】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＞ 定期的にサービス担当者会議を開き、ケアプランの実施内容や目標設定を見直しています。サービス担当者会議には、介護支援専門員、担当ケアスタッフ、ケアチーフ、看護師、機能訓練指導員が参加しますが、必要に応じてホーム長も参加します。入居者には、モニタリングの機会に介護支援専門員が内容を伝えています。家族の参加が十分できていないのが今後の課題です。長期目標の変更など重要な事項は、必ず担当者会議で決定します。会議の要点は全スタッフが介護システムの端末から閲覧することができます。	
(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 【44】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。	
＜コメント＞ 介護記録はスタッフが常時携帯する端末から逐次入力され、すべてのスタッフがリアルタイムで内容を確認できる仕組みができています。電子化された介護記録によって、ケアプランに基づくサービスが実施されていることが確認できます。介護記録の内容は希望すれば入居者家族にそのまま印刷して渡しています。生活の様子、レクリエーション、食事、体操などの写真を添えて全て伝えており、家族の安心に繋がっています。嘱託医も入居者の健康状態をリアルタイムで正確に伝えることができ、正しい情報共有が図れています。	
Ⅲ-2-(3)-② 【45】利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b
＜コメント＞ 法人が策定した個人情報保護規定に、個人情報の取得、利用、廃棄、スタッフの秘匿義務、本人への情報提供、罰則等のルールが明示されています。介護記録は電子化されて法人のサーバーに保管され、ID、パスワードで管理しています。USBは使用できず、端末の持ち出しは禁止しています。事業所としても記録の管理についての研修を行い、周知に努めていますが、ホーム長はスタッフの意識をさらに高めていきたいとしています。	