

福祉サービス第三者評価
評価結果報告書
令和4年度

株式会社アズパートナーズ
アズハイム綱島

株式会社フィールズ

かながわ福祉サービス第三者評価推進機構 認証第6号

目次

サービス第三者評価結果報告書

◆福祉サービス第三者評価結果の概要

- ① 評価機関
- ② 施設・事業所情報
- ③ 理念・基本方針
- ④ 施設・事業所の特徴的な取組
- ⑤ 第三者評価受審状況
- ⑥ 総評
- ⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント
- ⑧ 第三者評価結果

◆第三者評価結果(共通評価)(別紙1A)

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
- I-2 経営状況の把握
- I-3 事業計画の策定
- I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

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
- Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成
- Ⅱ-3 運営の透明性の確保
- Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの提供

- Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス
- Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

◆第三者評価結果(内容評価)(別紙2A)

A-1 生活支援の基本と権利擁護

- A-1-(1) 生活支援の基本
- A-1-(2) 権利擁護

A-2 環境の整備

A-3 生活支援

- A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援
- A-3-(2) 食生活
- A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア
- A-3-(4) 介護職員用による喀痰吸引・経管栄養
- A-3-(5) 機能訓練・介護予防
- A-3-(6) 認知症ケア
- A-3-(7) 急変時の対応
- A-3-(8) 終末期の対応

A-4 家族との連携

- A-4-(1) 家族との連携

福祉サービス第三者評価結果 の概要

①第三者評価機関名

株式会社フィールズ

②施設・事業所情報

| | |
|------------|---|
| 名称: | アズハイム網島 |
| 種別: | 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム) |
| 事業所代表者氏名: | 立花 知 |
| 定員(利用人数): | 80人 |
| 所在地: | 〒230-0071 神奈川県横浜市鶴見区駒岡 4-29-1 |
| TEL/FAX: | TEL:045-710-0680 / FAX:045-710-0685 |
| ホームページ: | https://as-heim.com |
| 開設年月日: | 2021年4月1日 |
| 経営法人・設置主体: | 株式会社 アズパートナーズ |

| | | | |
|-----|----------|------------|------------|
| 職員数 | 常勤/非常勤 | 常勤:40名 | 非常勤:13名 |
| | 専門職員(名称) | 介護福祉士: 14名 | 介護支援専門員:1名 |
| | | 実務者研修: 4名 | 初任者研修:19名 |
| | | 看護師: 3名 | 作業療法士: 1名 |

施設・設備の概要

| | |
|-----|--|
| 居室数 | 80室 |
| 設備等 | ラウンジ、相談室、食堂、厨房、浴室、トイレ、健康管理室、事務室、洗濯室、汚物処理室、機能訓練コーナー、庭園、エレベーター |

③理念・基本方針

| |
|--|
| <p><会社理念～5つの誓い></p> <ol style="list-style-type: none"> 1 ご入居者の方々とそのご家族の意志と希望を尊重し、お客様第一主義の精神で対応することを心がけます。 2 心のもったふれあいの精神を常に心がけ、身体介護だけにとどまらず対話を通しての精神的なサポートを行う事を心がけます。 3 安心・安全の暮らしを大前提としながら自由を抑制しない方針で、ご入居者の方々のケアを行う事を心がけます。 4 ホームの衛生・安全面に十分配慮し、快適な住空間を提供することを心がけます。 5 ご入居者の方々お一人お一人の生きてきた人生を尊重し、いつまでも自分らしい生活を送れるよう心がけます。 <p><会社基本方針～サービスコンセプト5本の柱></p> <ol style="list-style-type: none"> 1 医療:ドクターと一緒に健康をサポート 2 認知症ケア:安心して自分らしく暮らす 3 リハビリテーション:1日1回体を動かす 4 アクティビティ:メリハリのある暮らし 5 地域:地域と一緒に年をとる |
|--|

④施設・事業所の特徴的な取組

令和3年3月にオープンした新しいホームです。勤務しているケアスタッフは、アズハイムの他の事業所から異動してきたメンバーと、2021年入社の新卒スタッフ、中途入社スタッフで構成されています。介護に関わる人員体制は2.0:1以上となっており、より個別性に溢れたケアの実践を目指しています。現在60名のご入居者は在宅生活からご入居いただいた方が多く、意欲の向上や役割の提供を通じてより「自分らしさ」を引き出す介護を目指しています。

入居時には居室担当スタッフが誰よりも先にお迎えすることで、ご入居者に安心して暮らしていただける環境を整えています。日中の活動も1日2回の体操や、ご自分で選択してご参加いただけるレクリエーションをご用意しております。特に午前中の体操では、「排便体操」を取り入れており、下剤に頼らない自然な排泄を目指し、薬剤の適正化を図っています。日中の活動量を増やす事で、夜間の睡眠効率の安定につながっています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間

契約日:令和4年4月11日

訪問調査日:令和4年6月21日

評価結果確定日 :令和4年7月13日

受審回数(前回の時期)

- 回(前回: 年度)

⑥総評

◇特長や今後期待される点

1)お客様第一主義に基づき入居者を尊重しています

事業所では、入居者がその人らしくこうありたいという希望や願望を実現していくためのサービス提供を基本としています。従って、支援やサービスは個別にその人の生活目標に沿ったプログラムを提供し、できることは自分で行い機能を維持すること、入居前の趣味や興味関心を継続すること、そのために体調を整え精神的にも安心して過ごせる環境づくりへの取組を大切にしています。スタッフの笑顔での対応、薬に頼らない排便への取組などに力を入れています。

前提として、入居者の尊厳を守るための虐待防止や身体拘束防止、プライバシーの尊重、接遇についての研修を必須とし、日常的なケアの改善・向上に努めています。

2)情報共有の仕組みを作り実践しています

スタッフ全員が、ホームで行われているほぼ全てのケアや入居者情報について、携帯しているスマートフォンで随時確認できるシステムを導入しています。ケア記録には、提供した支援や出来事をその都度打ち込むことで、全スタッフがリアルタイムで情報の共有ができ、それに基づく入居者対応が実現しています。結果として入居者一人ひとりへのきめ細かなケアの充実に繋がっています。

3)専門職と連携して入居者の生活の自立度を進め、質の向上を図っています

看護師、機能訓練指導員、歯科医師などの専門職と連携し、入居者一人ひとりの生活能力、動作能力に関するアセスメントをきめ細かく行い、入居者自身でできることを増やすよう取り組んでいます。歩行支援では動画解析アプリを活用することで、スタッフ誰もが訓練方法を習得し実施しています。褥瘡の改善、適切な口腔ケア、嚥下機能の評価など、生活の質の向上に成果を上げています。

4)事業計画を充実させ利用者・職員と共有することが望まれます

法人の理念実現に向けた中・長期計画に基づいて、その年の事業計画が策定されることとなりますが、中・長期計画の可視化及び情報共有がされていません。現在では人材不足と職員のレベルアップが課題となっています。事業所として収支計画や人材育成、組織体制など課題解決に向けた事業計画作成とともに、利用者・職員と共有することが期待されます。

5)地域との交流に取り組むことが期待されます

法人のサービスコンセプトの一つに、「地域と一緒に年をとる」ことが謳われています。しかし、事業所開設が新型コロナウイルス感染防止対策の必要な時期であったこともあり、地域との交流が殆どなされていません。ホーム長は、ホームが事業所で働くスタッフの子ども達やこの地域で育つ子どもたちにとって、また社会や地域にとって大切な資源となること、地域の人々との交流が入居者の生きがいとなることなどを目指しています。ボランティアの受け入れも含め、実現に向けた環境整備や工夫が期待されます。

⑦第三者評価結果 に対する施設・事業所のコメント

事業者名： アズハイム綱島

この度は、第三者評価を受審させていただき、誠にありがとうございました。
結果の内容から、日頃の業務の見直し、できていること、できていない事、今後さらに努力が必要な事などを客観的に確認させていただく事ができました。

今回の結果を、維持・継続・向上できるように、日々のホーム運営に取り組んでまいりたいと思います。
心より、お礼を申し上げます。

⑧第三者評価結果

(別紙1A)「第三者評価結果(共通評価基準)」、(別紙2A)「第三者評価結果(内容評価基準)」のとおり報告します。

公表については、かながわ福祉サービス第三者評価推進機構が定める既定様式で公表します。

(別紙1A)

第三者評価結果（共通評価）

- * 全ての評価細目(45項目)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。
- * 評価細目ごとに判定理由等のコメントを記入する。

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

I-1-(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

【判断基準】

- a) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。
- b) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。
- c) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化や職員への周知がされていない。
- ア 理念、基本方針が法人、福祉施設・事業所内の文書や広告媒体(パンフレット、ホームページ等)に記載されている。
 - イ 理念は、法人、福祉施設・事業所が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人、福祉施設・事業所の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。
 - ウ 基本方針は、法人の理念との整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。
 - エ 理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。
 - オ 理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。
 - カ 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。

<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。

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。

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

【判断基準】

- a) 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) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されているが、分析が十分ではない。
- c) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されていない。
- ア 社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。
- イ 地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。
- ウ 利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、法人(福祉施設・事業所)が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析している。
- エ 定期的に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。

<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。

第三者評価結果

3 I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。

b

【判断基準】

- a) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。
- b) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき、取組を進めているが十分でない。
- c) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづく取組が行われていない。
- ア 経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにしている。
- イ 経営状況や改善すべき課題について、役員(理事・監事等)間での共有がなされている。
- ウ 経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。
- エ 経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。

<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きます。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きます。

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。

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

【判断基準】

- a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。
- b) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していなく、十分ではない。
- c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。
- ア 中・長期計画において、理念や基本方針の実現に向けた目標(ビジョン)を明確にしている。
- イ 中・長期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。
- ウ 中・長期計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。
- エ 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。

<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。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 単年度の計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。
- b) 単年度の計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。
- c) 単年度の計画は、中・長期計画を反映しておらず、内容も十分ではない。
- ア 単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示されている。
- イ 単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっている。
- ウ 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。
- エ 単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。

<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。

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

第三者評価結果

| | | |
|---|--|----------|
| 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 |
|---|--|----------|

【判断基準】

- a) 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) 事業計画が職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直し、または、職員の理解が十分ではない。
- c) 事業計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。

- ア 事業計画が、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。
- イ 計画期間中において、事業計画の実施状況が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されている。
- ウ 事業計画が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて評価されている。
- エ 評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っている。
- オ 事業計画が、職員に周知(会議や研修会における説明等)されており、理解を促すための取組を行っている。

<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などに、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。

第三者評価結果

| | | |
|---|---|----------|
| 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 |
|---|---|----------|

【判断基準】

- a) 事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。
- b) 事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。
- c) 事業計画を利用者等に周知していない。

- ア 事業計画の主な内容が、利用者や家族等に周知(配布、掲示、説明等)されている。
- イ 事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。
- ウ 事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなどの方法によって、利用者等がより理解しやすいような工夫を行っている。
- エ 事業計画については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を行っている。

<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きます。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きますが、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きます。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。

I-4 福祉サービスの質の向上へ組織的・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。

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 |
|---|---|---|

【判断基準】

- a) 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) 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ているが、十分に機能していない。
 c) 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ていない。

- ア 組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。
 イ 福祉サービスの内容について組織的に評価（C：Check）を行う体制が整備されている。
 ウ 定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。
 エ 評価結果を分析・検討する場が、組織として位置づけられ実行されている。

<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。今年に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。

第三者評価結果

| | | |
|---|--|---|
| 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 |
|---|--|---|

【判断基準】

- a) 評価結果を分析し、明確になった組織として取組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。
 b) 評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。
 c) 評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしていない。

- ア 評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。
 イ 職員間で課題の共有化が図られている。
 ウ 評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。
 エ 評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。
 オ 改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。

<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。

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

Ⅱ-1-(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 |
|----|---|---|

【判断基準】

- a) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。
- b) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。
- c) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。
- ア 管理者は、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。
 - イ 管理者は、自らの役割と責任について、組織内の広報誌等に掲載し表明している。
 - ウ 管理者は、自らの役割と責任を含む職務分掌等について、文書化するとともに、会議や研修において表明し周知が図られている。
 - エ 平常時のみならず、有事（災害、事故等）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を含め明確化されている。

<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まれます。

第三者評価結果

| | | |
|----|--|---|
| 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 |
|----|--|---|

【判断基準】

- a) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。
- b) 管理者は、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が、十分ではない。
- c) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。
- ア 管理者は、遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者（取引事業者、行政関係者等）との適正な関係を保持している。
 - イ 管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。
 - ウ 管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取組を行っている。
 - エ 管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。

<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。

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

第三者評価結果

| | | |
|----|--|----------|
| 12 | II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、その取組に指導力を発揮している。 | a |
|----|--|----------|

【判断基準】

- a) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。
- b) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。
- c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない
 - ア 管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。
 - イ 管理者は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。
 - ウ 管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している
 - エ 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するための具体的な取組を行っている。
 - オ 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の教育・研修の充実を図っている。

<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がっています。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。

第三者評価結果

| | | |
|----|--|----------|
| 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 |
|----|--|----------|

【判断基準】

- a) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。
- b) 管理者は、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が、十分ではない。
- c) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組について指導力を発揮していない
 - ア 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っている。
 - イ 管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。
 - ウ 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。
 - エ 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。

<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。

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計画が確立し、取組が実施されている。 | b |
|----|---|----------|

【判断基準】

- a) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。
- b) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それにもとづいた取組が十分ではない。
- c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立していない。
- ア 必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。
- イ 福祉サービスの提供に関わる専門職（有資格者）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。
- ウ 計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。
- エ 法人（福祉施設・事業所）として、効果的な福祉人材確保（採用活動等）を実施している。

<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。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 総合的な人事管理を実施している。
- b) 総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。
- c) 総合的な人事管理を実施していない。
- ア 法人（福祉施設・事業所）の理念・基本方針にもとづき「期待する職員像等」を明確にしている。
- イ 人事基準（採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準）が明確に定められ、職員等に周知されている。
- ウ 一定の人事基準にもとづき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価している。
- エ 職員処遇の水準について、処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組を行っている。
- オ 把握した職員の意向・意見や評価・分析等にもとづき、改善策を検討・実施している。
- カ 職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりができている。

<コメント>

正社員全員に配布される「働きかたハンドブック」には、法人が求めているのは、どのようなスタンスをもち、いかなるスキルを持つ人材かが具体的に記載されています。また、賃金の仕組み、昇給、昇進の基準、評価の仕組み等が表やグラを活用し、わかり易く記載されています。職員の評価は年2回実施しています。スタッフが、評価シートに業務領域ごとの項目を自己評価し、ホーム長、法人がさらに評価をします。毎月11月には、スタッフが希望する職種、配属先を直接法人にスマホで伝える、「キャリア意向調査」を実施しています。スタッフの希望は法人としてできるだけ尊重していますが、必ずしも意向に沿えないこともあります。ホーム長はスタッフとのコミュニケーションをさらに改善していきたいとしています。

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

第三者評価結果

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。

b

【判断基準】

- a) 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。
- b) 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。
- c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。

- ア 職員の就業状況や意向の把握等にもとづく労務管理に関する責任体制を明確にしている。
- イ 職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握している。
- ウ 職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知している。
- エ 定期的に職員との個別面談の機会を設ける、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。
- オ 職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生を実施している。
- カ ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。
- キ 改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行している。
- ク 福祉人材の確保、定着の観点から組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。

<コメント>

ホーム長は定期的な面談の他、日々のスタッフへの声かけを通じて、就業状況や意向の把握につとめています。業務評価のための面談でなく、スタッフの健康確認、人間関係、個人的事情、モチベーションなどを確認するための「カオナビ面談」を2ヶ月に1回実施し、スタッフに関する周辺情報も把握しながら、職場への定着を図っています。年次有給休暇は年に5日を消化できるように全社で取り組んでいます。ホーム長はスタッフを励ますために「メンバーフォロー費」という予算を活用し、スタッフへのフォローに取り組んでいます。離職はゼロにはならず、さらに改善を目指しています。

II-2-(3) 職員の質向上に向けた体制が確立されている。

第三者評価結果

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。

b

【判断基準】

- a) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。
 b) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われているが、十分ではない。
 c) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われていない。

- ア 組織として「期待する職員像」を明確にし、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。
 イ 個別面接を行う等組織の目標や方針を徹底し、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されている。
 ウ 職員一人ひとりの目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。
 エ 職員一人ひとりが設定した目標について、中間面接を行うなど、適切に進捗状況の確認が行われている。
 オ 職員一人ひとりが設定した目標について、年度当初・年度末（期末）面接を行うなど、目標達成度の確認を行っている。

<コメント>

年2回、スタッフは評価シートに業務上の目標の達成度を自己評価しています。サービス面、チームワーク、自己研鑽、スキルアップなどの項目に関して、S(よくできた)、A(できた)～D(できなかった)と自己採点します。ホーム長とのフィードバック面談をやはり年2回実施し、目標に向けた達成状況を確認しています。業務以外のスタッフの健康や個人的事情などを把握する「カオナビ面談」も行っていますが、それだけではモチベーションの維持は続かないとホーム長は感じています。さらにスタッフとのコミュニケーションの改善を目指したいとしています。

第三者評価結果

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。

b

【判断基準】

- a) 組織として職員の教育・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) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。
 c) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されていない。

- ア 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。
 イ 現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。
 ウ 策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。
 エ 定期的に計画の評価と見直しを行っている。
 オ 定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。

<コメント>

スタッフが目指すべき7つの行動規範がホームページやスタッフ携帯のカードに明示されています。常勤スタッフ向けの「働きかたハンドブック」には、スタッフとしてのあるべきスタンス、技術が明記されています。法人には、教育・研修セクションがあり、研修プログラムの策定、見直しを定期的に行っています。基本的に行うべき法定研修(ハイスタンダード研修)は2ヶ月に1回、ホーム長、ケアチーフが講師となり実施しています。接遇研修を実施していますが、ホーム長は全スタッフの接遇レベルをさらに上げていくことが課題と考えています。

第三者評価結果

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。

b

【判断基準】

- a) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。
- b) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分でない。
- c) 職員一人ひとりについて、研修機会が確保されていない。

- ア 個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。
- イ 新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。
- ウ 階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。
- エ 外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨している。
- オ 職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。

<コメント>

新卒スタッフには、先輩スタッフのプリセプターが付き、入職から半年で独り立ちできるように教育指導が行われています。さらに入職3年までは、フォローアップ研修があります。法人は管理職向け研修、ケアチーフ研修、看護スタッフ、介護支援専門員、機能訓練指導員向けなど、階層別、職種別研修を行っています。法人として認知症ケア指導管理士の資格取得を奨励し、ホームに必ず配置するようにしています。介護支援専門員の研修は業務時間内での参加を配慮しています。ホーム長は研修にはさらに取り組みたいと考えています。

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。

第三者評価結果

20 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。

c

【判断基準】

- a) 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、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。
- b) 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てはいるが、効果的な育成プログラムが用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。
- c) 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ておらず、教育・研修が行われていない。

- ア 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化している。
- イ 実習生等の福祉サービスの専門職の研修・育成についてのマニュアルが整備されている。
- ウ 専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。
- エ 指導者に対する研修を実施している。

- オ 実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。

<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。

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。

第三者評価結果

21 II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するため情報公開が行われている。

b

【判断基準】

- a) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。
- b) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表しているが、方法や内容が十分ではない。
- c) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表していない。
- ア ホームページ等の活用により、法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されている。
- イ 福祉施設・事業所における地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について公表している。
- ウ 第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表している。
- エ 法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針やビジョン等について、社会・地域に対して明示・説明し、法人（福祉施設・事業所）の存在意義や役割を明確にするように努めている。
- オ 地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。

<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。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 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。
- b) 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が、十分ではない。
- c) 公正かつ透明性の高い適正な運営・経営のための取組が行われていない。
- ア 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルール、職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。
- イ 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について内部監査を実施するなど、定期的に確認されている。
- ウ 福祉施設・事業所の事業、財務について、外部の専門家による監査支援等を実施している。

- エ 外部の専門家による監査支援等の結果や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。

<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。

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。

第三者評価結果

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。

b

【判断基準】

- a) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。
 b) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。
 c) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。

- ア 地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。
 イ 活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。
 ウ 利用者の個別的状況に配慮しつつ地域の行事や活動に参加する際、職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。
 エ 福祉施設・事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。
 オ 利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。

<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、交流ができる環境を整えば住民を招き、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。

第三者評価結果

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。

c

【判断基準】

- a) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。
 b) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。
 c) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。

- ア ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。
 イ 地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。
 ウ ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している

- エ ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。
- オ 学校教育への協力を行っている。

<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。

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

第三者評価結果

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。

C

【判断基準】

- a) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。
- b) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係機関との連携が十分ではない。
- c) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。

- ア 当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。
- イ 職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。
- ウ 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。
- エ 地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。
- オ 地域に適当な関係機関・団体がない場合には、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。

<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行っていません。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。

II-4-(3) 地域の福祉向上のため取組を行っている。

第三者評価結果

26

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。

C

【判断基準】

- a) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を積極的に行っている。
- b) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っているが、十分ではない。
- c) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っていない。

- ア 福祉施設・事業所（法人）が実施する事業や運営委員会の開催、関係機関・団体との連携、地域の各種会合への参加、地域住民との交流活動などを通じて、地域の福祉ニーズや生活課題の把握に努めている。

<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。

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。

第三者評価結果

c

【判断基準】

- a) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動を積極的に行っている。
 b) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。
 c) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動を行っていない。
- ア 把握した地域ニーズ等にもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。
 イ 把握した福祉ニーズ等にもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。
 ウ 多様な機関等と連携して、社会福祉分野のみならず、地域コミュニティの活性化やまちづくりなどにも貢献している。
 エ 福祉施設・事業所（法人）が有する福祉サービスの提供に関するノウハウや、専門的な情報を地域に還元する取組を積極的に行っている。
 オ 地域の防災対策や、災害時における福祉的な支援を必要とする人びと、住民の安全・安心のための備えや支援の取組を行っている。

<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。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの提供

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。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解をもつための取組が行われている。
 b) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解をもつための取組は行っていない。
 c) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されていない。
- ア 理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。
 イ 利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。
 ウ 利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。
 エ 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。
 オ 利用者の尊重や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。

<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。

第三者評価結果

29

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。

a

【判断基準】

- a) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービス提供が行われている。
- b) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービス提供が十分ではない。
- c) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備していない。

- ア 利用者のプライバシー保護について、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務等を明記した規程・マニュアル等が整備され、職員への研修によりその理解が図られている。
- イ 規程・マニュアル等にもとづいて、プライバシーに配慮した福祉サービスが実施されている。
- エ 一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守るよう設備等の工夫を行っている。
- オ 利用者や家族にプライバシー保護に関する取組を周知している。

<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。

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。

第三者評価結果

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。

b

【判断基準】

- a) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。
- b) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。
- c) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供していない。

- ア 理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。
- イ 組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。
- ウ 福祉施設・事業所の利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施している。
- エ 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。
- オ 利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。

<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。

| | | |
|----|--|----------|
| 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 |
|----|--|----------|

第三者評価結果

【判断基準】

- a) 福祉サービスの開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。
- b) 福祉サービスの開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。
- c) 福祉サービスの開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っていない。
 - ア サービスの開始及び変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。
 - イ サービスの開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。
 - ウ 説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。
 - エ サービスの開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。
 - オ 意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。

<コメント>
 サービス開始時の説明は、重要事項説明書を中心に行っています。実際に提供するサービスは、サービス計画書に基いて行います。計画書の作成に当たっては入居前に介護支援専門員が家庭等を訪問し、入居者本人や家族と面会して様々な情報を得た上でアセスメントを行い決定します。サービス内容は、入居者・家族の希望や意向を確認して、本人の希望を叶えることを目標にし、入居者や家族の同意を得ています。サービスの変更は、介護認定の変更等に伴う費用負担額の変更にかかる場合で、理解度等状況に応じて入居者又は家族への説明を行います。

| | | |
|----|---|----------|
| 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。 | b |
|----|---|----------|

第三者評価結果

【判断基準】

- a) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ている。
- b) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ているが、十分ではない。
- c) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ていない。
 - ア 福祉サービス内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。
 - イ 他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。

- ウ 福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。
- エ 福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。

<コメント>

夜間帯にも医療行為が必要となった場合は、ホームでのケアの範囲を超えるため医療機関への移行となりますが、本人や家族の希望があれば看取りまでの対応をしていることから、原則他の福祉施設等への移行は想定していません。したがって引継ぎ文書の定めはありません。医療機関も含め、移行先から情報の提供依頼があった場合は、家族の了解を得て介護記録を提供します。サービス終了後については、移行先の立場を尊重し、事業所での相談継続は考慮していません。

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。

第三者評価結果

33 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。

b

【判断基準】

- a) 利用者満足把握の仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。
- b) 利用者満足把握の仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。
- c) 利用者満足把握のための仕組みが整備されていない。
 - ア 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。
 - イ 利用者への個別の相談面談や聴取、利用者懇談会が、利用者満足把握を目的で定期的に行われている。
 - ウ 職員等が、利用者満足把握を目的で、利用者会や家族会等に出席している。
 - エ 利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。
 - オ 分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行っている。

<コメント>

法人として年に一度、顧客満足度アンケートを実施しています。結果は法人が一括してまとめ、事業所にフィードバックされ、全スタッフが内容を閲覧することができます。内容が重大で即改善が必要な事項については、家族の参加で担当者会議を実施します。また、介護支援専門員が介護計画見直しの為定期的に本人や家族と面談する際に、福祉サービスに関する意見を聴取しています。その他、管理規程に基づきホーム代表、入居者や家族などを構成メンバーとする運営懇談会を年2回実施することになっていますが、コロナ禍で開催できず、ホームの状況を郵送で伝えています。

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。

第三者評価結果

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。

b

【判断基準】

- a) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。
- b) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。
- c) 苦情解決の仕組みが確立していない。

- ア 苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）が整備されている。
- イ 苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示され、資料を利用者等に配布し説明している。
- ウ 苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。
- エ 苦情内容については、受付と解決を図った記録を適切に保管している。
- オ 苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。
- カ 苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表している。
- キ 苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。

<コメント>

苦情解決の体制については、法人の苦情処理細則に基づき、苦情処理担当責任者及び窓口をホーム長とし、法人のお客様相談窓口や、外部の第三者機関・行政機関を紹介しています。これらは入居時の契約書や重要事項説明書に明記しています。苦情の申し出は口頭や文書の他、法人のホームページから意見を届けるページを用意しています。クレーム報告書に苦情内容を詳細に記録し、2年間保管され、スタッフはいつでも閲覧することができます。苦情の件数や大まかな内容は運営懇談会で入居者に報告していますが、より公開していくことが期待されます。

第三者評価結果

35 Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べ易いように環境を整備し、利用者等に周知している。

b

【判断基準】

- a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。
- b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。
- c) 利用者が相談したり意見を述べたい時に、方法や相手を選択できない。

- ア 利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成している。
- イ 利用者や家族等に、その文章の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。
- ウ 相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。

<コメント>

入居者は担当スタッフを通じて意見や相談を伝える仕組みとなっています。入居者はこのほかに、ホーム長や生活相談員、介護支援専門員にも相談ができますが、相談相手を選択できる旨をとりたてて説明した文書はありません。受付カウンターにはご意見箱を設置しています。相談室があり、相談しやすく、意見を述べやすい配慮がされています。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。
 b) 利用者からの相談や意見を把握しているが、対応が十分ではない。
 c) 利用者からの相談や意見の把握をしていない。

- ア 職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。
- イ 意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。
- ウ 相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。
- エ 職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。
- オ 意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。
- カ 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。

<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。

III-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のために組織的な取組が行われている。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。
- b) リスクマネジメント体制を構築しているが、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集や要因分析と対応策の検討・実施が十分ではない。
- c) リスクマネジメント体制が構築されておらず、利用者の安心と安全を脅かす事例を組織として収集していない。

- ア リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネジャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。
- イ 事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、職員に周知している。

- ウ 利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。
- エ 収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。
- オ 職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。
- カ 事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。

<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。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。
- b) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備しているが、取組が十分ではない。
- c) 感染症の予防策が講じられていない。

- ア 感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。
- イ 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。
- ウ 担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。
- エ 感染症の予防策が適切に講じられている。
- オ 感染症の発生した場合には対応が適切に行われている。
- カ 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。

<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。

第三者評価結果

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行っている。

b

【判断基準】

- a) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、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)地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。
- c)地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。

- ア 災害時の対応体制が決められている。
- イ 立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。
- ウ 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。
- エ 食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。
- オ 防災計画等整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。

<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750m054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。

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。

第三者評価結果

| | | |
|----|---|---|
| 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。 | b |
|----|---|---|

【判断基準】

- a)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、それにもとづいた福祉サービスが実施されている。
 - b)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ているが、それにもとづいた福祉サービス提供の実施が十分ではない。
 - c)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ていない。
- ア 標準的な実施方法が適切に文書化されている。
 - イ 標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。
 - ウ 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。
 - エ 標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。

<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の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。

| | | |
|----|--|----------|
| 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。 | b |
|----|--|----------|

【判断基準】

- a) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるような仕組みを定め、仕組みのもとに検証・見直しを行っている。
- b) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるような仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。
- c) 標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。

- ア 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。
- イ 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に実施されている。
- ウ 検証・見直しにあたり、個別的な福祉サービス実施計画の内容が必要に応じて反映されている。
- エ 検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。

<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。

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 |
|----|---|----------|

【判断基準】

- a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しており、取組を行っている。
- b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。
- c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立していない。

- ア 福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。
- イ アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。
- ウ 部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。
- エ 福祉サービス実施計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。
- オ 福祉サービス実施計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員（職種によっては組織以外の関係者も）の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。
- カ 福祉サービス実施計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能している。
- キ 支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。

<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げます。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。

第三者評価結果

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。

b

【判断基準】

- a) 福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。
- b) 福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。
- c) 福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。
- ア 福祉サービス実施計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。
 - イ 見直しによって変更した福祉サービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。
 - ウ 福祉サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。
 - エ 福祉サービス実施計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。

<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きます。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。

III-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。
- b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されているが、職員間での共有化が十分ではない。
- c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されていない。

- ア 利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。
- イ サービス実施計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。
- ウ 記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。
- エ 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。
- オ 情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。
- カ パソコンのネットワークシステムの利用や記録ファイルの回覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。

<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。

第三者評価結果

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。

b

【判断基準】

- a) 利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。
 - b) 利用者に関する記録の管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。
 - c) 利用者に関する記録の管理について規程が定められていない。
- ア 個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。
 - イ 個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。
 - ウ 記録管理の責任者が設置されている。
 - エ 記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。
 - オ 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。
 - カ 個人情報の取扱いについて、保護者等に説明している。

<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。

(別紙2A)

第三者評価結果(内容評価)

A-1 生活支援の基本と権利擁護

A-1-(1) 生活支援の基本

第三者評価結果

| | | |
|----|--|---|
| A1 | 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。 | b |
|----|--|---|

【判断基準】

- a) 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。
- b) 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が、十分ではない。
- c) 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ない。

- ア 利用者の心身の状況と暮らしの意向等を把握・理解し、一人ひとりに応じた生活となるよう支援している。
- イ 日々の支援において利用者の自立に配慮して援助を行うとともに、自立や活動参加への動機づけを行っている。
- ウ 利用者の希望等を把握し、日中活動に反映するとともに、複数の活動メニューと社会参加に配慮したプログラムが実施されている。
- エ 利用者一人ひとりの生活と心身の状況に配慮し、日中活動に参加できるよう工夫している。
- オ 利用者が日常生活の中で、役割が持てるように工夫している。
- カ 利用者一人ひとりに応じた生活となっているかを検討し、改善する取組が組織的に継続して行われている。
- キ (特養) 利用者の心身の状況に合わせ、快適な生活のリズムが整えられるよう支援している。
- ク (特養) 利用者の生活の楽しみについて配慮と工夫を行っている。

<コメント>

入居予定者には、介護支援専門員が入居前に家庭訪問等で利用者本人と会い、人生のあゆみ、家族歴、果たしてきた役割や興味、関心等の情報を得て事業所に持ち帰り、スタッフ全員で情報の共有をしています。その上で、入居後のホームでの生活がよりその人らしく過ごせるよう、必要に応じて医療機関からの情報も得ながら、ケアを提供しています。ケアの基本として、家庭生活でできていたことが施設という環境でできなくなることがないように、また、介助は自力でできることを損なわないよう配慮する、自宅ではつかまっていた移動していた壁の代わりに本人に合った安全な歩行補助具を提供する、料理をしたい入居者はスタッフが一緒に庭で採れた野菜を調理する、体操やレクリエーションも入居者が自ら選択して活動に参加するなど、スタッフ全体で入居者の意欲と笑顔を引き出すための取組をしています。新施設であり、入居者が増加する中で人手が不足がちですが、ホーム長は更に個別のケアを充実させる必要があると考えています。

第三者評価結果

A2

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。

評価外

【判断基準】

- a) 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。
 b) 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が、十分ではない。
 c) 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ない。

- ア 利用者の心身の状況と暮らしの意向等を把握・理解し、利用者一人ひとりに応じた生活となるよう支援している。
 イ 日々の支援において利用者の自立に配慮するとともに、利用者の自立への動機づけを行っている。
 ウ 自立した生活が営めるよう、利用者の意向やこれまでの生活を尊重しながら、居室等に配慮し支援を行っている。
 エ 鍵を預かる場合や買い物代行などで金品を預かる場合のルールが決まっており、適正に取り扱っている。
 オ 必要に応じて、介護支援専門員を通して、日常生活自立支援事業や成年後見制度の利用につなげている。
 カ 安心・安全で落ち着いた生活を送るための環境づくりについて、利用者・家族に助言・情報提供し、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。

<コメント>

評価外となります。

第三者評価結果

A3

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。

評価外

【判断基準】

- a) 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。
 b) 利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っているが、十分ではない。
 c) 利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っていない。

- ア 生活相談等により、利用者の心身の状況と暮らしの意向等を把握・理解し、利用者一人ひとりに応じた生活となるよう支援している。
 イ 日々の相談・支援において利用者の自立に配慮して支援を行うとともに、自立や社会参加の支援を行っている。
 ウ 利用者の希望等を把握し、日中活動に反映するとともに、複数の活動メニューと社会参加等に配慮したプログラムや支援が実施されている。
 エ 精神疾患がある高齢者や被虐待高齢者などの利用者については、一人ひとりに配慮した支援を行っている。
 オ 行政手続、生活関連サービス等の利用を支援している。
 カ 介護が必要になった利用者には、必要に応じて介護保険サービス等を利用できるように支援している。
 キ （養護）地域移行が可能な利用者については、地域生活移行に取り組むとともに、地域生活移行後の継続的な個別支援を行っている。

<コメント>

評価外となります。

| | | |
|----|---|----------|
| A4 | 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。 | b |
|----|---|----------|

【判断基準】

- a) 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。
- b) 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が、十分ではない。
- c) 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ない。
 - ア 利用者の思いや希望を十分に把握できるよう、日々の支援場面などさまざまな機会、方法によりコミュニケーションを行っている。
 - イ 利用者の思いや希望を把握し、その内容を支援に活かしている。
 - ウ 利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉づかいが徹底されている。
 - エ コミュニケーションの方法や支援について、検討・見直しが定期的に行われている。
 - オ 話すことや意思表示が困難であるなど配慮が必要な利用者には、個別の方法でコミュニケーションを行っている。
 - カ (特養、通所介護、養護、軽費) 利用者が話したいことを話せる機会をつくっている。
 - キ (特養、通所介護、養護、軽費) 会話の不足している利用者には特に気を配り、日常生活の各場面でも話をしてもらえるようにしている。

<コメント>

スタッフが行った全てのケアの内容や入居者の様子など入居者個々の情報は、法人が導入しているシステムを活用して記録されています。専用のアプリを取り込んだスマートフォンを全スタッフが携帯しており、常時情報を把握することができます。スタッフは、これらの情報を基にして、一人ひとりの入居者に合った方法で、良好なコミュニケーションを図るよう心がけています。スタッフの動作を緩やかにし笑顔で接することで、話し易い雰囲気をつくり安心感を与え、入居者にストレスを与えないこと、意思の疎通が困難な入居者に対しては、ジェスチャーや筆談を取り入れる、色々試して表情を読み取るなどの工夫をしています。マナー向上委員会を定期的開催し、接遇や言葉遣いなどの改善について話し合うとともに、研修にも力を入れています。ホーム長は、スタッフ全員に徹底する必要があると考え、気になる点については、個別にスタッフと話し合い、改善を図っています。

A-1-(2) 権利擁護

| | | |
|----|--|----------|
| A5 | A-1-(2)-② 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。 | a |
|----|--|----------|

【判断基準】

- a) 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。
- b) -
- c) 利用者の権利擁護に関する取組が十分ではない。
 - ア 利用者の権利擁護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。
 - イ 利用者の権利擁護のための具体的な内容・事例を収集・提示して利用者に周知している。
 - ウ 権利侵害の防止と早期発見するための具体的な取組を行っている。
 - エ 原則禁止される身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の具体的な手続きと実施方法等を明確に定め、職員に徹底している。

- オ 所管行政への虐待の届出・報告についての手順を明確にしている。
- カ 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定期的に設けている。
- キ 権利侵害が発生した場合に再発防止策を検討し理解・実践する仕組みが明確化されている。

<コメント>

入居者の権利擁護については、法人の理念に基づき、規程やマニュアルを整備しています。内容は、新採用スタッフの入職時研修やフォローアップ研修、全スタッフを対象に毎年行うことになっている虐待や身体拘束防止、プライバシーの侵害防止などを内容とした法定研修でスタッフへの周知を図っています。また、入居者本人や家族にも、入居契約時に運営規程等を渡して説明をしています。事業所では、事故・身体拘束防止委員会やマナー向上委員会を組織しており、1、2ヶ月ごとに話し合い、課題解決を図っています。会議での検討事項や、具体的なケアの状況は必ず記録し、全員が内容を把握できる仕組みができています。スタッフはフロアごとの担当ですが、作業によっては異なるフロアのスタッフが相互に補完し合う体制となっており、フロアごとのケアの違いや不適切な対応がお互いに見える状況にあります。日常的に、職員相互に気づきがあれば指摘し、改善に向けた検討を行っています。

A-2 環境の整備

A-2-(1) 利用者の快適性への配慮

第三者評価結果

A6

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

【判断基準】

- a) 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。
 - b) 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が、十分ではない。
 - c) 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮を行っていない。
- ア 福祉施設の環境は清潔で、適温と明るい雰囲気が保たれている。
 - イ 利用者にとって快適で、くつろいで過ごせる環境づくりの工夫を行っている。
 - ウ 環境について、利用者の意向等を把握する取組と改善の工夫を行っている。
 - エ (特養、養護、軽費) 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、居室の環境等に配慮し支援をしている。
 - オ (通所介護) 休息に適した環境づくりを行っている。

<コメント>

事業所は、開所後1年数ヶ月と新しく、明るく清潔に保たれています。玄関では、外来者に対して厳重なコロナウイルス感染チェック対策が取られています。1階フロアには、面会者と談笑できるスペースが設けられており、入居者の折り紙などの作品や写真が飾られ、くつろいだ雰囲気を作っています。4階のガーデンスペースでは、季節の花や野菜の栽培が行われ、入居者に憩いと野菜収穫の楽しさを提供しています。全体の環境整備と清掃についてはサービススタッフが中心となって行うほか、居室の空調やクローゼットの環境整備は居室担当のケアスタッフがを行っています。室温や空調は入居者本人の希望を聞きながら調節します。居室には、入居者が落ち着いて生活できるよう、自宅でのお気に入りなどを持ち込み、施設を自宅と感じてもらえるよう配慮しています。ホーム長は、施設内巡回等の中で、更に環境整備を徹底する必要があると考えています。

A-3 生活支援

A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援

第三者評価結果

| | | |
|----|-------------------------------------|---|
| A7 | 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 |
|----|-------------------------------------|---|

【判断基準】

- a) 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。
- b) 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。
- c) 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。
- ア 利用者の心身の状況や意向を踏まえ、入浴形態や方法を検討・確認し、入浴支援（入浴介助、清拭、見守り、声かけ等）を行っている。
 - イ 安全・快適に入浴するための取組を行っている。
 - ウ 入浴の誘導や介助を行う際は、利用者の尊厳や感情（羞恥心）に配慮している。
 - エ 入浴を拒否する利用者については、利用者の状況に合わせ対応を工夫している。
 - オ 入浴方法について利用者の心身の状況に合わせ、検討と見直しを行っている。
 - カ 入浴の可否の判断基準を明確にし、入浴前に健康チェックを行い、必要に応じて清拭等に代えるなどの対応をしている。
 - キ （特養、通所介護、養護、軽費）心身の状況や感染症、意向等を踏まえて入浴順の配慮を行っている。
 - ク （特養、通所介護）利用者が自力で入浴できる場合でも、安全のための見守りを行っている。
 - ケ （養護、軽費）利用者の安全及び健康管理のため、利用者の入浴状況を把握している。
 - コ （特養、通所介護、養護、軽費）利用者の心身の状況や意向に合わせた入浴形態・方法を実施するための浴槽、福祉用具等が用意されている。
 - サ （特養、養護、軽費）利用者の健康状態等、必要に応じて、入浴日以外の日でも、入浴あるいはシャワー浴等ができる。
 - シ （特養、養護、軽費）利用者の意向に応じて、入浴日を変更したり、入浴日以外の日でも、入浴あるいはシャワー浴等ができる。
 - ス （通所介護、訪問介護）家庭での入浴について利用者・家族に助言・情報提供し、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。

<コメント>

事業所では、週2回の入浴を基本とし、入浴の時間はケアスタッフが入居者と一対一で関われる貴重な機会と位置付けています。入浴専門のケアスタッフが対応し、入居者の心身の状況に配慮しながら、安全を第一とし、必要な福祉用具も活用してケアしています。特に、入浴を拒否する入居者に対しては、気持ちを大事に受け止め、ケアスタッフを交替することや時間帯やかける言葉などを工夫し、無理なく入浴ができるように配慮しています。入浴に関して自立している入居者には、浴室の外で見守り、安全確認の声かけをしています。その他、体調が良くない時は清拭のみ行う、体の機能によっては機械を使用するなど、臨機応変に対応しています。なお、基本の入浴回数を超える入浴希望があれば、費用負担はありますが対応しています。

第三者評価結果

| | | |
|----|---------------------------------------|---|
| A8 | 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 |
|----|---------------------------------------|---|

【判断基準】

- a) 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。
- b) 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が、十分ではない。

c) 排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。

- ア 利用者の心身の状況や意向を踏まえ、排泄のための支援、配慮や工夫がなされている。
- イ 自然な排泄を促すための取組や配慮を行っている。
- ウ トイレは、安全で快適に使用できるよう配慮している。
- エ 排泄の介助を行う際には、利用者の尊厳や感情（羞恥心）に配慮している。
- オ 排泄の介助を行う際には、介助を安全に実施するための取組を行っている。
- カ 排泄の自立のための働きかけをしている。
- キ 必要に応じ、尿や便を観察し、健康状態の確認を行っている。
- ク 支援方法等について利用者の心身の状況に合わせて検討と見直しを行っている。
- ケ （特養、通所介護）尿意・便意の訴えやおむつ交換の要望に対して、できる限り早く対応できるようにしている。
- コ （通所介護、訪問介護）家庭での排泄について、利用者・家族に助言・情報提供し、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。

<コメント>

排泄介助については、入居者の羞恥心や尊厳を傷つけない対応をすることと、排泄の訴えがされた場合はできる限り早く対応することを心がけています。同時に複数の入居者から排泄介助の要望が出された場合は、状況を判断し、待ってもらう方へのオペレーションを工夫して了解してもらっています。事業所では、できる限り入居者の機能を維持し、より自立に向けて「手を出さない介護」を目指し、「生活リハ」と位置づけた支援をしています。その実践として機能訓練指導員、看護師、ケアスタッフ、介護支援専門員等全スタッフがそれぞれ専門的立場で排泄支援に関わり、入居者一人ひとりの心身の機能に応じて適切な福祉用具を選択し、介助方法を検討しています。また、排泄物の状態をケアスタッフが看護師に報告して健康状態を確認するなど、絶えずスタッフ全員がITシステムで情報共有することで、スタッフ間の連携を図っています。

第三者評価結果

A9

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

【判断基準】

a) 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。

b) 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。

c) 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。

- ア 利用者の心身の状況、意向を踏まえ、できるだけ自力で移動できるよう支援を行っている。
- イ 移動の自立に向けた働きかけをしている。
- ウ 利用者の心身の状況に適した福祉機器や福祉用具が利用されている。
- エ 安全に移動の介助を実施するための取組を行っている。
- オ 介助方法等について利用者の心身の状況に合わせて検討と見直しを行っている。
- カ （特養、通所介護、養護、軽費）利用者が移動しやすい環境を整えている。
- キ （特養、通所介護、養護、軽費）移動に介助が必要な利用者が移動を希望した際に、できる限り早く対応できるようにしている。
- ク （通所介護）送迎サービスでは、利用者の希望、心身の負担や乗降時・移動中の安全に配慮し実施されている。
- ケ （通所介護、訪問介護）家庭での移動について、動線の安全の工夫や福祉用具等の利用を含めた助言・情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。

<コメント>

機能訓練指導員とケアスタッフが連携して、入居者の移動能力を評価し、課題を明確にして、機能訓練計画書を作成しています。入居前の訪問面談で歩行など移動の様子を録画し、できるだけ自力で移動するためには、どのようなリハビリを実施すべきか、何の福祉用具を使うべきかを検討しています。入居後の状態変化を観察しながら1～2週間ごとに評価を繰り返し、目標や手段を見直しています。FIM（機能的自立度評価法）を導入して、動作能力を点数化し、客観的な評価を行っています。スタッフによって移動支援のばらつきがないよう、それぞれの端末で動画を確認し共有しています。トイレ、入浴、着替えなどの生活場面で自立を促す生活リハビリを重視し継続することを大切にしています。入居者のなかには、車椅子から歩行器へ、歩行器から独歩へと機能の向上も見られます。事業所として今後は、支援の質の向上を図り、スタッフ間の差をなくすことが課題です。

A-3-(2) 食生活

第三者評価結果

A10

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

【判断基準】

- a) 食事をおいしく食べられるよう工夫している。
 - b) 食事をおいしく食べられるよう工夫しているが、十分ではない。
 - c) 食事をおいしく食べられる工夫をしていない。
- ア 食事をおいしく食べられるよう献立や提供方法を工夫している。
 - イ (特養、通所介護、養護、軽費) 食事の環境と雰囲気づくりに配慮している。
 - ウ (特養、通所介護、養護、軽費) 衛生管理の体制を確立し、マニュアルにもとづき衛生管理が適切に行われている。
 - エ (特養、養護、軽費) 食事を選択できるよう工夫している。
 - オ (訪問介護) 訪問介護員に対して調理に関する研修を行っている。
 - カ (訪問介護) 利用者の意向を確認し、調理している。
 - キ (訪問介護、軽費) 調理器具・台所等の衛生に留意し対応している。

<コメント>

食事サービスは業者委託で、栄養士が作成した献立表に基づいて、1日3回提供しています。給食会議でスタッフから入居者の声を伝え、献立に反映させています。月に一度の「おもてなしグルメランチ」、郷土料理で、メニューにメリハリをつけており、入居者には好評です。カラー写真とキャッチコピーを入れたグルメランチのポスターは期待感を高めています。食事の席は、仲の良い入居者を傍にするなど、楽しい食事になるよう配慮しています。また、食事の前に口腔体操をして、美味しく安全な食事ができるように工夫しています。ふりかけや梅干しなど入居者の嗜好品を持ち込むことができます。食堂のように食事の選択は自由にできませんが、朝食では、ご飯とパンを選ぶことができます。また、行事食で一部のメニューの選択ができるようにしています。ホームではさらにおいしく楽しい食事になるよう努めていきたいとしています。

第三者評価結果

A11

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。

b

【判断基準】

- a) 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。
- b) 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が、十分ではない。
- c) 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ない。

- ア 利用者の心身の状況、嚥下能力や栄養面に配慮した食事づくりと提供方法を工夫している。
- イ 利用者の食事のペースと心身の負担に配慮している。
- ウ 利用者の心身の状況を適切に把握し、自分でできることは自分で行えるよう支援している。
- エ 経口での食事摂取を継続するための取組を行っている。
- オ 誤嚥、窒息など食事時の事故発生の対応方法を確立し、日頃から確認、徹底している。
- カ 食事提供、支援・介助方法等について利用者の心身の状況に合わせ、検討と見直しを行っている。
- キ (特養、通所介護、訪問介護) 食事、水分の摂取量を把握し、食事への配慮、水分補給を行っている。
- ク (特養) 利用者一人ひとりの栄養状態を把握し、栄養ケア計画を作成し、それに基づく栄養ケアマネジメントを実施している。
- ケ (訪問介護、通所介護) 家庭での食事や水分摂取について、利用者・家族に助言・情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。
- コ (訪問介護) サービス提供時のみならず、利用者の食事全体の聴き取りや確認をしている。

<コメント>

入居者の嚥下能力について歯科医師と協力して評価を行い、能力に合った食事形態を採用し、誤嚥を予防するようにしています。入居者の心身の状況を観察しながら、自力摂取を促し、掬いやすいトレイなどの自助食器を使うなど工夫しています。入居者の食事量、水分量を記録し、端末を通じてスタッフで共有しています。栄養状態の低下は褥瘡の悪化にもつながるので、看護スタッフと連携して栄養補助食品の提供などを行っています。食事前に口腔体操「パタカラ体操」を行い、事故防止に努めています。また、食事も生活リハの一環と捉え、自力で食事がとれるような工夫も行っています。ホーム長は、むせやのどのつまりなどのアクシデントに、すべてのスタッフが適切に対応できる能力を持つよう、育成に力を入れていきたいとしています。

第三者評価結果

A12

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

【判断基準】

- a) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。
- b) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っているが、十分ではない。
- c) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っていない。

- ア 利用者が口腔機能の保持・改善に主体的に取組むための支援を行っている。
- イ 職員に対して、口腔ケアに関する研修を実施している。
- ウ (特養、通所介護、養護、軽費) 歯科医師、歯科衛生士の助言・指導を受けて、口腔状態及び咀嚼嚥下機能の定期的なチェックを行っている。
- エ (特養、通所介護) 利用者の口腔清掃の自立の程度を把握し、一人ひとりに応じた口腔ケアの計画を作成し、実施と評価・見直しを行っている。
- オ (特養、通所介護) 口腔機能を保持・改善するための取組を行っている。
- カ (特養) 食後や就寝前に、利用者の状況に応じた口腔ケア及び口腔内のチェックが実施されている。
- キ (通所介護) 食後に、利用者の状況に応じた口腔ケア及び口腔内チェックを行っている。

- ク (訪問介護、養護、軽費) 食後または就寝前に、利用者の状況に応じた口腔ケア及び口腔内のチェックを行っている。
- ケ (訪問介護、養護、軽費) 口腔内に異常が認められた場合、歯科の受診を促している。
- コ (通所介護、訪問介護) 家庭での口腔ケアについて、利用者・家族に助言・情報提供を行い、必要に応じて介護支援専門員等に報告・連絡している。

<コメント>

歯科医と歯科衛生士が毎週来訪し、入居者の口腔内を診察し、必要な指示、助言をしています。入居者全員の一人ひとりに応じた口腔ケア計画を作成し、評価、見直しを行っています。口腔ケアをなるべく本人ができるように、まずはケアスタッフが技術を習得するための実地研修を行っています。食前に口の動きや唾液分泌を促す為に口腔体操(パタカラ体操)を行っています。口腔ケアチェックシートがあり、もれなく実施するようにしています。嘱託の歯科医師が嚥下評価を行い、現在の食事形態が適切か助言しています。現在、入居者のなかで、歯の痛み、トラブルを抱えている人はおらず、歯科医師からも、口の中がきれいに保たれている人が多い、と評価を受けました。

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア

第三者評価結果

| | | |
|-----|------------------------------------|----------|
| A13 | A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。 | a |
|-----|------------------------------------|----------|

【判断基準】

- a) 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。
 - b) 褥瘡の発生予防・ケアを行っているが、十分ではない。
 - c) 褥瘡の発生予防・ケアを行っていない。
- ア 褥瘡対策のための指針を整備し、褥瘡の予防についての標準的な実施方法を確立し取り組んでいる。
 - イ 標準的な実施方法について職員に周知徹底するための方策を講じている。
 - ウ 褥瘡予防対策の関係職員が連携して取り組んでいる。
 - エ 褥瘡発生後の治癒に向けたケアが行われている。
 - オ 褥瘡ケアの最新の情報を収集し、日頃のケアに取り入れている。
 - カ (特養) 褥瘡を食事面から予防するために、利用者一人ひとりの食事の摂取状況の確認、栄養管理を行っている。
 - キ (通所介護、訪問介護) 家庭での褥瘡予防について、利用者・家族に助言・情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。

<コメント>

褥瘡の発生予防・ケアは看護スタッフが中心となって対応しています。看護マニュアルに褥瘡の状態に合わせた対応方法が定められています。医師の指示により、薬や貼付剤が処方されます。褥瘡初期のうちに看護スタッフ、機能訓練指導員、ケアスタッフが入居者個別にカンファレンスを行い、体位変換の仕方などを統一します。ポジショニング方法は、動画を記録して解析するアプリを利用し、スタッフで共有しています。栄養状態を注視し、特にアルブミン値の低下は褥瘡の悪化につながるため、その場合は医師と連携し、栄養補助食品の提供をしています。看護師は看護協会の研修などで最新のケア方法の習得などに務めています。現在、入居者の褥瘡はごく軽度にとどまっており、チームケアで予防はできていると評価していますが、今後も適切な対応を継続していきたいとしています。

A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養

| | | 第三者評価結果 |
|---|---|------------|
| A14 | 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、取組を行っている。 | 非該当 |
| <p>【判断基準】</p> <p>a) 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。</p> <p>b) 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と取組が、十分ではない。</p> <p>c) 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が確立していない。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ア 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養の実施についての考え方（方針）と管理者の責任が明確であり、実施手順や個別の計画が策定されている。 <input type="checkbox"/> イ 喀痰吸引・経管栄養は、医師の指示にもとづく適切かつ安全な方法により行っている。 <input type="checkbox"/> ウ 医師や看護師の指導・助言のもと安全管理体制が構築されている。 <input type="checkbox"/> エ 介護職員等の喀痰吸引・経管栄養に関する職員研修や職員の個別指導等を定期的に行っている。 <input type="checkbox"/> オ 介護職員の喀痰吸引・経管栄養の研修の機会を確保し、実施体制の充実・強化をはかっている。 | | |
| <p><コメント></p> <p>非該当となります。</p> | | |

A-3-(5) 機能訓練・介護予防

| | | 第三者評価結果 |
|--|---|----------|
| A15 | 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 |
| <p>【判断基準】</p> <p>a) 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。</p> <p>b) 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が、十分ではない。</p> <p>c) 機能訓練や介護予防活動は行っていない。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> ア 利用者が生活の維持や介護予防に主体的に取り組むための支援を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> イ 利用者の状況に応じて、機能訓練や介護予防活動について、専門職の助言・指導を受けている。 <input checked="" type="checkbox"/> ウ （特養、通所介護、訪問介護）日々の生活動作の中で、意図的な機能訓練や介護予防活動を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> エ （特養、通所介護、養護、軽費）一人ひとりに応じた機能訓練や介護予防活動を計画的に行い、評価・見直しをしている。 <input checked="" type="checkbox"/> オ （特養、養護、軽費）判断能力の低下や認知症の症状の変化を早期発見し、医師・医療機関との連携など必要な対応を行っている。 <input type="checkbox"/> カ （通所介護、訪問介護）認知症の症状の早期発見に努め、介護支援専門員を通して医療機関等につないでいる。 <input type="checkbox"/> キ （訪問介護）自宅や地域での介護予防活動やメニューについて助言・情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。 | | |

ホームでは、入居者の心身の機能低下を予防するには本人の意欲が大切であり、生活場面の中でできるだけ主体的な活動をしていただくことが大切と考えています。常勤の機能訓練指導員(作業療法士)が、ケアスタッフと連携して、入居者一人ひとりの動作能力を評価し、機能訓練計画を作成しています。評価ツールはFIM(機能的自立度評価法)を採用しており、食事、整容、更衣、トイレ動作、移乗、移動、階段、コミュニケーション、問題解決、記憶の能力を1~7点で点数化し、定期的に再評価を行っています。意欲の高い入居者は自主トレーニングとして目標と日課を決め、居室のカレンダーに印をつけています。声かけだけでは伝わりにくい方に、身振り手振りなどで伝える配慮をしています。生活リハビリを月1000回実施するという法人の目標は十分達成していますが、事業所では全員にもっときめ細かく行き届くよう、さらに取組を進めたいと考えています。

A-3-(6) 認知症ケア

第三者評価結果

A16 A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。

a

【判断基準】

- a) 認知症の状態に配慮したケアを行っている。
 b) 認知症の状態に配慮したケアを行っているが、十分ではない。
 c) 認知症の状態に配慮したケアを行っていない。

- ア 利用者一人ひとりの日常生活能力や機能、生活歴について適切にアセスメントを行っている。
- イ あらゆる場面で、職員等は利用者に配慮して、支持的、受容的な関わり・態度を重視した援助を行っている。
- ウ 行動・心理症状(BPSD)がある利用者には、一定期間の観察と記録を行い、症状の改善に向けたケアや生活上の配慮を行っている。
- エ 職員に対して、認知症の医療・ケア等について最新の知識・情報を得られるよう研修を実施している。
- オ (特養、通所介護、養護、軽費) 認知症の利用者が安心して落ち着ける環境づくりの工夫を行っている。
- カ (特養、通所介護、養護、軽費) 利用者一人ひとりの症状に合わせ、個人あるいはグループで継続的に活動できるよう工夫している。
- キ (特養、通所介護、養護、軽費) 医師及び看護師等の関係職員との連携のもと、行動・心理症状(BPSD)について分析を行い、支援内容を検討している。
- ク (通所介護、訪問介護) サービス利用時の様子を家族に伝えるなどして、よりよいケアの方法を家族と共有するようにしている。
- ケ (通所介護、訪問介護) 家族の悩みや相談を受けとめ、よりよいケアの方法を家族と共有するようにしている。
- コ (通所介護、訪問介護) 認知症の理解やケアに関して、利用者・家族に助言したり、家族会などの社会資源について情報提供を行っている。また、助言した内容については、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。

<コメント>

入居者の生活歴、食事、排せつ、歩行、更衣、整容、服薬、精神行動障害、意思伝達能力、指示への反応、対人関係、好む活動など生活能力やバックボーンなどを詳細に調査してアセスメントシートで課題分析をしています。認知症の入居者への関わり方について、「ユマニチュード」という手法を全スタッフが動画で研修しています。ユマニチュードでは、目線の合わせ方、触れ方、話し方、出会いやケアへのステップなど、人間としての尊厳を大切にされた技法で、スタッフは統一した声かけやケアに努めています。ケアスタッフ、ケアチーフ、看護スタッフ、介護支援専門員によって認知症委員会を定期的に開催し、行動や心理症状を分析し、対応方法を個別に検討しています。23の系列ホームでの認知症ケアの情報共有システムがあり、うまくいった対応方法をヒントにしています。現在、入居者は落ち着いており、ホーム長はスタッフのゆったりした対応が統一できていると感じています。

A-3-(7) 急変時の対応

第三者評価結果

A17

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

【判断基準】

- a) 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。
- b) 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、取組を行っているが、十分ではない。
- c) 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ていない。

- ア 利用者の体調の変化に気づいた場合の対応手順、医師・医療機関との連携体制を確立し、取組んでいる。
- イ 日々の利用者の健康確認と健康状態の記録を行っている。
- ウ 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している。
- エ 職員に対して、高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用等に関する研修を実施している。
- オ 体調変化時の対応について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。
- カ (特養、通所介護、養護、軽費) 利用者の状況に応じて、職員が適切に服薬管理または服薬確認をしている。
- キ (通所介護) その日の体調について、迎え時に家族から情報を得て、さらに利用開始時・終了時には必ず健康チェックを行っている。
- ク (通所介護) 異変があった場合には、家族、医師、介護支援専門員等に連絡する体制を確立している。
- ケ (訪問介護) 訪問時に健康チェックを行い、異変があった場合には、家族、医師、介護支援専門員等に連絡する体制を確立している。

<コメント>

入居者の体調変化や異変があった場合は、看護スタッフが対応し、必要に応じて24時間対応の嘱託医に連絡して、訪問診療を受けるようにしています。夜間は、看護スタッフがオンコールで対応し、夜勤スタッフからの情報をもとに対応を指示したり、嘱託医へ連絡をしています。看護スタッフは日中になるべく早く異変に気づくよう、1~2回は全体を巡回し、食事の様子など入居者の体調を注意深く観察しています。ベッドのセンサー(眠りスキャン)で呼吸状態や心拍、睡眠状態を端末で確認できるようになっています。入居者の薬は看護スタッフが適切に管理していますが、服薬が過剰にならないよう、日常生活の改善を指導するプリファーマシーに取り組んでいます。ホーム長は、緊急時の対応方法や看護師に報告する必要があるかどうかの判断など、ケアスタッフの技量向上を課題としています。

A-3-(8) 終末期の対応

第三者評価結果

A18

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、取組を行っている。

a

【判断基準】

- a) 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) 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っているが、十分ではない。
- c) 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ない。

- ア 利用者が終末期を迎えた場合の対応について方針と手順が明らかになっている。

- イ 医師・医療機関等との必要な連携体制を確立している。
- ウ 利用者及び家族に終末期を迎えた場合の意向の確認と福祉施設・事業所での対応・ケアについて説明し、対応している。
- エ 職員に対して、終末期ケアに関する研修を実施している。
- オ 終末期ケアに携わる職員や利用者の担当職員等に対して、精神的なケアを実施している。
- カ (特養、養護、軽費) 利用者・家族から希望があった場合に、利用者の状況に応じてできる限り施設での終末期のケアを行う体制を整え取組を行っている。

<コメント>

昨年の開設以来、3名の入居者の看取りをしました。終末期を迎えた場合、家族と過ごす時間が大切と考え、いつでも会える環境づくりに努めており、その一環として家族が泊まり込みで寄り添えるようにしています。「看取り介護および重度化した場合の指針」があり、看護スタッフとケアスタッフが連携し、統一した対応をとるよう努めています。担当スタッフが出勤時には必ず部屋を訪れて、手を握るなどのケアをしています。人の最期に直面したことのない若いスタッフも多く、ホーム長が心構えについての研修をしています。介護支援専門員が中心となり、終末期のケアを振り返り、携わるスタッフの心の動きを受け止め合う「デスカンファレンス」を行っています。事業所では、すべてのスタッフが、最期の時間を入居者や家族に寄り添い、心のこもった丁寧な対応ができるよう、研鑽をしていきたいとしています。

A-4 家族との連携

A-4-(1) 家庭との連携

第三者評価結果

| | | |
|-----|------------------------------------|----------|
| A19 | 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 |
|-----|------------------------------------|----------|

【判断基準】

- a) 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。
- b) 利用者の家族等との連携と支援を行っているが、十分ではない。
- c) 利用者の家族等との連携と支援を行っていない。

- ア 家族に対し、定期的及び変化があった時に利用者の状況を報告している。
- イ 利用者の状況など報告すべき事項は、必ず家族に伝わるよう伝達方法を工夫している。
- ウ 家族に対し、サービスの説明をしたり、要望を聞く機会を設けている。
- エ 家族との相談を定期的及び必要時に行っている。また、その内容を記録している。
- オ (特養、養護、軽費) 利用者や家族とつながりをもてるよう、取組や工夫をしている。
- カ (通所介護、訪問介護) 家族が必要とする情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員など専門職、関係機関につないでいる。
- キ (通所介護、訪問介護) 家族(介護者)に対し、必要に応じ介護に関する助言や介護研修を行っている。
- ク (通所介護、訪問介護) 家族(主たる介護者)の心身の状況や家族による介護・介助方法にも気を配り、必要に応じて介護支援専門員に報告している。

<コメント>

入居者の様子を報告する際は、家族の希望する方法で適切に行っています。家族との対応は、主にホーム長、介護支援専門員、ケアチームが対応し、健康面は看護スタッフが、リハビリに関しては機能訓練指導員が対応しています。家族からは電話も多数かかってくるので、丁寧な対応に努めています。希望される家族には、ふだんの生活場面の様子、食事、レクリエーション、体操など写真付きの介護記録をプリントしてすべて渡しています。いいことも、伝えづらいことも包み隠さず、伝えるようにしています。ホーム長は、入居直後から、どんな小さなことでもできるだけ多くの情報を提供したことで、家族との信頼関係は深まっていったと感じています。

A-5 サービスの提供体制

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

| | | |
|-----|---|-----|
| A20 | A-5-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。 | 評価外 |
|-----|---|-----|

【判断基準】

- a) 安定的で継続的なサービスの提供体制を整え取組を行っている。
- b) 安定的で継続的なサービスの提供体制を整え取組を行っているが、十分ではない。
- c) 安定的で継続的なサービスの提供体制が整っていない。

- ア 打ち合わせや会議等により、サービスの実施方法・手順等を職員全体に周知徹底するための方策を講じている。
- イ 利用者の状況などの情報を共有するための仕組みがある。
- ウ 定期的にケアカンファレンスや研修を開催し、指導者や先輩等による相談、助言等が得られる機会を確保している。
- エ 訪問介護員が変更になる場合、必要に応じ利用者に事前に連絡をしている。
- オ 利用者宅に初めて訪問する訪問介護員に変更になった場合には、サービス提供責任者が同行している。
- カ 必要に応じ、外部の専門職の指導や助言を得られるようにしている。

<コメント>

評価外となります。



株式会社フィールズ

〒251-0024 藤沢市鵜沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3F

TEL:0466-29-9430 FAX:0466-29-2323