

第三者評価結果

①第三者評価機関名

株式会社寺井潔ソーシャルワーカー事務所

②施設・事業所情報

名称：社会福祉法人石龍会 ケアハウスビハラの里	種別：軽費老人ホーム
代表者氏名：佐原博之	定員（利用人数）：50人
所在地：石川県七尾市能登島半浦町6部11番地1	
TEL：0767-85-2557	ホームページ：なし（準備中）

【施設・事業所の概要】

開設年月日 平成13年4月1日		
経営法人・設置主体（法人名等） 社会福祉法人石龍会		
職員数	常勤職員： 7名	非常勤職員： 0名
専門職員	介護福祉士 3名	名
	管理栄養士 1名	名
	社会福祉主事 1名	名
施設・設備 の概要	（居室数） 51室	（設備等）

③理念・基本方針

法人理念：「人と人心と心を礎に」

私たちは、人と人とのつながり、心と心をつながりを大切にして、人として心から御利用いただいている方々やその御家族と接することを基本的な考え（礎：いしずえ）として業務に当たることを基本理念としています。

基本方針：「3つの徹底」

- ・丁寧語の徹底（方言・私語・大声は厳禁、表情・態度も丁寧に）
- ・挨拶の徹底（自分から笑顔でハッキリと、挨拶は相手の顔を見て）
- ・報連相談の徹底（素早く、簡潔、明瞭に、報告は結論から）

④施設・事業所の特徴的な取組

基本理念・基本方針・利用者様アンケートをもとに品質目標を作成し、「PDCAサイクル」を活用したサービスの向上に努めています。「えがおプラン」（活動計画）を入居者様と共に作成し、興味があることや健康維持のためにやりたいことなど、職員と一緒に「計画・実行・振り返り」ができるように支援を行っています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	2019年12月17日（契約日）～ 2020年3月27日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	3回（平成28年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

●理念や基本方針に基づき、利用者アンケートによる現状分析から「品質目標」を定め、品質目標に沿ってサービスが提供されているかを「品質目標実績表」を用いてチェックし、それを年2回の「マネジメントレビュー」で評価・承認し、次期の計画に繋げていくPDCAサイクルが確立されており、その展開方法が「品質マニュアル」に明記され、職員に周知されている。

●福祉人材の確保・育成に関して、「資格等級体系フレーム」により資格等級や等級に応じた業務内容、業務レベルと昇格条件が一覧になっており、業務レベルについては「スキルチェックシート」でリスト化されているため、職員が個々の力量を適切に把握し、次のステップに進むにはどのようなスキルが必要かを考えモチベーションをアップさせる仕組みが作られている。

●毎月の行事（書道・喫茶・誕生会・カラオケ・頭の体操・絵手紙教室）やボランティアのイベント活動などを数多く開催している他、施設を訪れるパンやスーパーなどの地域の移動販売の受け入れや、地域の行事に参加できるよう支援されて、利用者の地域交流とともに自立支援を基本とする個々のサービスの提供に努力している。

●利用者の思いや希望は、入居申し込み時の面談や、入居後に行う基本チェックシートにより把握し、利用者の状況に応じたコミュニケーションの取り方を工夫している。例えば、難聴の方には、筆談や収音器等を利用して利用者とのコミュニケーションを図っている。職員は、年に三回スキルチェックシートを用いて、自らの介護技術について自己評価を行い、サービスの質の向上に努めている。スキルチェックシートのコミュニケーションの項には、認知症、聴覚障害、難聴の利用者に対し、はっきりとした声かけや分かりやすいジェスチャー、表情、筆談などにより内容を伝えると記されている。利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉遣いは、基本方針や職員倫理規定に明記されて研修や、唱和することにより共有を図っている。利用者との面談には、いつでも応じている他、年に一度利用者との懇談会や、家族との懇談会を開催して利用者等の意見聴取をしている。日中、夜間と職員は巡回体制をとっており、いつでも利用者、連絡がとれるような配慮がされている。

●「えがおプラン」という本人の状態の調査を年1回実施し、毎月モニタリングを行っている。問診票の中に食事に関する項目が3つあり、チェックが入った方については、その方に必要な対応をして、健康の維持に努めている。問診票にチェックが入ると、「ケース」で申し送り、本人が希望した事がカードに記入され、職員間で共有化され取り組まれている。

◇改善を求められる点

●他施設へ移行する場合、七尾市で定められた「介護・医療連携用紙（生活・精神・身体・医療・介護保険情報など）」を使用し引き継ぎや情報交換を行えるよう整備されている。退所の際には、相談に応じられるよう施設や居宅介護支援事業所の連絡先が入った退所届のコピーをしたものを渡している。業務フロー図に変更の流れは示されているが、今後のサービスの継続性に配慮し引き継ぎやサービス終了時の手順についての整備が期待される。

●運営の透明性を確保するための取組について、広報誌「いしずえ」には法人理念や基本方針、満足度調査の結果や意見・要望とその回答等積極的な情報公開が行われているが、ホームページは作成・公開されていない。平成28年度の社会福祉法改正で定款等がホームページによる公表対象となったことと併せ、情報公開の窓口、また相談窓口としてホームページの作成や公開が望まれる。

●内部監査については品質マニュアルに基づきPDCAの体制が確立されているが、外部監査は行われていることが確認できなかった。社会福祉法人審査基準では資産が一定水準に該当しない社会福祉法人についても5年に1回程度の外部監査を行うことが望ましいとされているため、外部監査等の活用によりさらなる透明性の確保が望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、法人としては3回目、当施設としては2回目の第三者評価受審でした。高い評価をいただいた点につきましては、引き続きQMS（QualityManagementSystem）活動の体制を維持しサービスの向上に努めてまいります。

◇改善を求められる点に関して

- ・入居様様が退去する際に、今後のサービスに継続性を配慮した引き継ぎやサービス終了時の手順の整備をいたします。
- ・運営に関する情報公開や相談窓口としてホームページを作成し積極的な情報公開に努めてまいります。
- ・外部審査受審を検討し施設運営の透明性確保に努めてまいります。

⑧評価細目の第三者評価結果（別添）

評価細目の第三者評価結果(高齢者福祉サービス)

判断水準	
「a評価」	よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態
「b評価」	aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組の余地がある状態
「c評価」	b以上の取組みとなることを期待する状態

※ 最低基準を満たしていることを前提

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果	コメント
I-1-(1) 理念・基本方針が確立・周知されている。			
1	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a · b · c	<p>基本理念である「人と人 心と心を礎に」のもと、①丁寧語の徹底、②挨拶の徹底、③報連相の徹底という「3つの徹底」を基本方針に掲げている。</p> <p>理念と基本方針に基づき、施設長が毎年4月に「品質目標」を設定し、具体的な行動指針である「アクションプログラム」を策定している。設定した項目について7月、12月に達成度チェックが行われ、8月と12月にマネジメントレビューによる振り返りを経て翌年度の品質目標の見直しが行われており、理念と基本方針、具体的な行動指針についてのPDCAサイクルが確立されている。</p> <p>理念の周知に関して、パンフレットや広報誌、重要事項説明書への記載、家族会での説明の他、事業所に掲示し、朝礼時の唱和やリーダー会議、全体会議やユニット会議でも確認を行っている。</p>

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果	コメント
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
2	① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a · b · c	<p>年1回、10月に利用者アンケートを行い、利用者及び家族からの意見や要望を把握し、集計・分析を行い、翌2月、マネジメントレビューにて評価を実施する。</p> <p>また、事業計画の策定にあたっては「七尾市老人福祉計画・第7期介護保険事業計画」等地域の介護保険計画を参照し、人口分析や福祉ニーズの把握を行っている。</p> <p>現場からは、アクションプログラムの達成度・進捗状況の確認、職員からのヒアリング、SWOT分析やリスク分析等による経営分析を行った上で総合的な把握と分析を行っている。</p>
3	② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a · b · c	<p>月1回行われる「在宅推進委員会」にグループ内の全事業所管理者が参加し、利用率やコスト分析等経営課題の分析・検討を行っている。経営状況や検討課題は月2回の「運営会議」で理事長との共有がなされており、月1回の「全体会議」で職員への周知が図られている。</p> <p>また、毎月の経営課題の改善や解決、また次年度の事業計画に反映するための11月から翌3月まで毎月1回「人事評価委員会」「推進者会議」を開催し、各施設の管理者、グループ法人の責任者、専務理事、アドバイザー参加の下、振り返りおよび次期のアクションプログラム策定に向けた取り組みを行っている。</p>

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果	コメント
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
4	① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a · b · c	<p>「中長期計画目標展開表」により、2019年～2021年の3年間の中長期的な計画が策定されている。計画は、理念の「人と人 心と心を礎に」に基づき、①人材の育成・確保②サービスの質の向上③地域福祉活動の推進が経営課題(テーマ)として挙げられており、理念との整合性が取れたものとなっている。</p> <p>また、中長期目標には、職員行動評価の(点数評価で何点以上にするか)、事故の件数(年間何件以内にするか)、入居者率(何%を維持するか)等測定可能な数値目標を用いて実施状況が評価できるものとなっており、必要に応じ「課題分析」で見直しを行っている。</p>
5	② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a · b · c	<p>単年度の計画は「中長期目標展開表」に基づき、より具体的な内容が盛り込まれている。平成31年度の年次事業計画は中長期計画と対応し、①「人材の育成と確保」に関しては複合業務ができる職員の増加、②「サービスの質の向上」に関しては見守り体制や緊急時対応等の安全管理、各種団体や機関との情報共有、③「地域福祉活動の推進」に関しては地域交流会の実施や介護予防教室への支援、非常災害時の受け入れ体制確認等、中長期計画と連動した単年度の計画を策定している。</p> <p>また、職員との面談を年2回以上行うことや、職員の行動評価(点数制)を4点以上にするといった目標の数値化を行っているとともに「品質目標実績表」を用いて達成度の評価を行っていることが確認できた。</p>

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
6	① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a · b · c	<p>事業計画にある「人材の育成と確保」という項目は人材の確保が困難という現場の声を捉え、経営課題として事業計画およびアクションプログラムに反映させている等事業計画は職員参画のもと策定されている。</p> <p>事業計画の評価は「アクションプログラム」「品質目標実績表」を用いて毎年7月、12月に行われ、8月と2月にマネジメントレビューにより定期的に見直しが行われていることが確認できた。事業計画は年1回、全職員を対象に「事業計画説明会」を行い周知されている。</p>
7	② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a · b · c	<p>事業計画の概要をわかりやすくまとめた資料を広報誌「いしずえ」に掲載し、利用者および家族等に配布している。また、事業所内に掲示されていることも確認できた。</p> <p>年に2回家族会を開催しており、家族会の中で事業計画の内容をわかりやすく説明した資料を用いて、家族に説明している。</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	コメント
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。			
8	① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a · b · c	<p>満足度調査やマネジメントレビューの評価に基づいて、重点的にサービスの質の向上に取り組む個所を示した「品質目標」を年度初めに設定し、品質目標の達成度は「品質目標実績表」により随時チェックしていることが確認できた。</p> <p>また、品質マニュアルに基づき、年2回(7月と1月)内部監査を実施し、サービスの質の改善・推進につなげている。</p> <p>法令への適合は県の指導監査様式(自己チェックリスト)に基づいて定期的に行うとともに、第三者評価も継続して受審しており、第三者評価の指摘事項については検討・改善に繋げている。</p>

9	<p>② 評価結果にもとづき組織として取り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。</p>	<p>a . b . c</p>	<p>毎年10月に「利用者様満足度調査」(利用者アンケート)を実施し、利用者意見を収集しニーズの把握を行っている。アンケート結果は、翌年2月の「マネジメントレビュー」により理事長・責任者・施設長により評価、振り返りを行い、次年度のアクションプログラムに反映させている。マネジメントレビューの資料作成は職員参加の下行っており、職員間で課題の分析、共有が行われている。</p> <p>利用者アンケートから得られた意見は検討し、改善の取組を行っている。「カラオケができる日数を増やしてほしい」という利用者意見に対して検討し、実際に増やして現在も継続中である。</p> <p>また、アンケートの中から寄せられた意見と改善策については、機関誌「いしずえ」に掲載し、可視化を図っている。</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	コメント
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
10	<p>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。</p>	<p>a . b . c</p>	<p>毎年の「運営会議」で法人内における事業所および管理者の役割を明らかにしている。管理者の果たすべき役割は、法人広報誌「いしずえ」に事業所別に記載されていることが確認できた。</p> <p>また、法人内部では、管理者の職務について、不在時の対応も含めて「職務権限規程」に記載され、周知されている。管理者のみならず、部門長や事務局、各部門のもつ責任や権限を一覧にした「責任権限マトリクス」が品質マニュアルに記載されており、施設長、役職員間での責務が可視化されている。</p>
11	<p>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。</p>	<p>a . b . c</p>	<p>主任会議(総務部)が担当となり、「法令遵守規程」が作成されている。年1回7月に法人内で「年度勉強会」を開催し、遵守すべき法令について管理者間での情報共有を行い、随時、全体会議で周知を図っている。</p> <p>また、2ヶ月毎に社会福祉法人・施設等指導監査調書様式である「自己チェックリスト」(石川県厚生政策課公表)を用いて法令に適合しているかをチェックされていることが確認できた。</p>

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	<p>a) ・ b) ・ c)</p> <p>管理者は年2回定期的に(7月と11月)、品質目標実績表に基づき実施するサービスの質を把握し、SWOT分析(強み・弱み・機会・脅威)を用いて分析を行い、翌月(8月と2月)マネジメントレビューで理事長からの評価を受けている。</p> <p>CS(顧客満足)に関しては利用者アンケートで課題を把握し、ES(従業員満足)に関しては定期的に(概ね1名/月)面談を行い、話し合いの中で課題を発見している。設備面や業務の分担について聴取し改善に取り組んでいる。取り組みの結果は毎月開催される月例職員会議で報告されている。</p>
13	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。	<p>a) ・ b) ・ c)</p> <p>管理者は、中長期計画や年度計画、品質目標および品質目標実績表に基づいて、人事や労務、財務を踏まえて現状分析を行っている。</p> <p>「人と人 心と心を礎に」の理念に基づき、人材確保・育成の面において、現在の業務分担において相談業務等、担当職員が単独で抱える業務があるという現場の声を反映し、特定の職員のみ負担にならないように、業務分担する体制を整えていることがヒアリングおよび年度計画で確認できた。</p>

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果	コメント
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。			
14	① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている	a) ・ b) ・ c)	<p>必要な人材や人員に関する基本的な考え方や人材確保、育成に関しては品質マニュアルの「力量・教育・訓練及び認識」にその方針が確立されている。</p> <p>「資格・認定リスト」を用いて有資格者の把握を行い、専門職の配置、人員体制についての計画や、計画に基づいた人材確保・育成の方針は月2回の「運営会議」で検討されている。</p> <p>計画に基づき、ハローワークや専門学校、合同面接会等にて採用活動を行い、人材の確保を行っている。</p>

15	② 総合的な人事管理が行われている。	a · b · c	<p>法人の理念・基本方針に基づいた「人事評価規程」を定め、期待する職員像を示している。</p> <p>等級、業務内容、業務レベルおよび昇格要件を定めた「資格等級体系フレーム」に沿って人事が運用されており、職員は3か月に1回、フレームに沿って自己評価を行い、その後上司評価が行われる。加えて、評価には外部研修やボランティアへの参加、出勤状況を勘案した「情意評価」も行われ、職員一人ひとりの能力や意向に応じた総合的な人事管理が行われている。</p>
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
16	① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	a · b · c	<p>職員の有給休暇、産前産後休暇の取得状況や労災保険、健康診断の実施は「衛生委員会」で管理・把握を行っている。また、職員の悩み相談窓口として「健康で安心して働ける職場づくり相談窓口」が設定され、産業医、産業カウンセラー、外部の相談機関が明示されている。</p> <p>職員の意見を反映し、有給休暇については、職員ごとの誕生日や結婚記念日等の記念日を把握し、その日に有給休暇(記念日休暇)が取得できるようシフトの調整を行っている等、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。</p> <p>また、新規採用者の育成体制、キャリアパスと人材育成、職場環境、地域貢献・コンプライアンスの面で基準を満たした事業者が認定される「いしかわ魅力ある福祉職場」の認定を2018年4月に石川県から受けている。</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	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>「資格等級体系フレーム」を用いて法人の期待する職員像を明確にしている。達成項目、達成水準が記された「スキルチェックシート」を使い職員一人ひとりの達成すべき目標が設定されている。</p> <p>また、職員一人ひとりの研修取得に関して、介護職員初任者研修や実務者研修のほとんどが金沢市や加賀地区で開催されており、能登地区では研修機会が少ないため、介護員養成研修事業者と協力して、施設のホールを教室として提供している。これにより資格取得の機会が確保されている。</p>

18	② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a . b . c	<p>基本方針に①丁寧語の徹底、②挨拶の徹底、③報・連・相の徹底と、期待する職員像が示され、基本方針に基づき、組織が職員に必要とする専門技術や専門資格を「教育訓練体系図」で示している。</p> <p>研修計画として「教育計画書」を作成し「人材育成」「医学知識」「衛生」「看護・介護」等個別の研修計画が作成されており、計画に基づいて研修が行われている。計画は毎年3月の「人事評価委員会」で定期的な見直しが行われている。</p>
19	③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a . b . c	<p>職員一人ひとりの知識や技術・資格の把握に関しては「資格認定者リスト」を作成し、年2回、4月と10月にリストを更新することにより把握を行っている。新人職員への研修については「新規採用者育成計画」に基づいて行われており、各新入職員の業務について達成すべき水準をリスト化した「スキルチェックシート」を用いてOJTが行われている。</p> <p>外部研修については、研修の案内が法人内のグループメールで随時配信されており、参加希望者に対してはシフトの調整・配慮が行われていることが確認できた。</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。			
20	① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a . b . c	<p>実習生の受け入れに関する基本姿勢や手順を含んだ「実習生受入マニュアル」を整備している。マニュアルに基づき、学生、ボランティア実習生、インターン生のほか、外国人技能実習生の受入も行っている。</p> <p>前回の第三者評価での指摘事項となっていた、技能実習生の指導者への研修については、「技能実習指導員講習」を受講できるようシフトへの配慮を行うことで、指導者に対する研修の体制が確保されていることが確認できた。実習に際しては、「実習実施予定表」を用いて受け入れ元の学校とは密に連絡・調整を行っている。</p>

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果	コメント
Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。			
21	① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a ・ (b) ・ c	<p>広報誌「いしずえ」には法人理念、事業概要、相談・苦情やそれらに対する改善・対応状況の記載、利用者満足度調査の結果が示されており、事業所ごとの特色や、施設で行われているケアの内容等が、法人内の他の事業所と比較して掲載されている。</p> <p>財務状況は福祉医療機構の「社会福祉法人の財務諸表等電子開示システム」を介して閲覧可能となっている。</p> <p>法人および事業所のホームページは開設されていない。さらなる情報公開のため、ホームページの開設とウェブ上での情報開示が望まれる。</p>
22	② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a ・ (b) ・ c	<p>事業所における事務や経理、取引等に関するルールは「品質マニュアル」としてマニュアル化され、品質マニュアルは事業所内の閲覧し易い箇所に置かれている。職務分掌については「職務権限規程」により明確にされている。</p> <p>労務については社会保険労務士が必要に応じて相談や助言を得ながら事務処理を行い、経理については会計事務所に帳票のダブルチェックおよび会計処理の助言を得られる体制となっている。</p> <p>内部監査は定期的(7月と1月)に品質マニュアルに沿って定期的に行われていることは確認できたが、外部監査については行われていることが確認できなかった。</p>

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果	コメント
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。			
23	① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a · b · c	<p>地域との関わりについての基本的な考え方は運営規定や中長期計画、事業計画やパンフレットに住民との積極的な交流と支援を行い地域福祉活動の推進を行なっていくと示されている。玄関フロアーや事務所前には地域包括支援センターや七尾市の美術館などの各機関の情報や機関紙が置かれ、掲示板にはバス時刻や移動販売予定表等が張り出されている。また食堂には資料をファイリングしたものが置かれ利用者が自由に見ることができるようになっている。地域の方々との交流に「半浦秋祭り」や法人グループで開催される「演遊会」、七尾市の「高齢者風船バレーボール大会」等に参加し送迎の支援を行っている。また、法人広報誌「いしずえ」の能登島全戸への配布や、地域の商店や乳酸菌飲料の訪問販売の受け入れ、公共交通機関や福祉バスを使つての買い物や通院の推奨もしている。</p>
24	② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a · b · c	<p>中長期計画や「ボランティア受け入れマニュアル」の中で地域社会との関わりを大切に積極的な受け入れを明示している。学校教育への協力についても人材の育成を目的として積極的に受け入れ連携を図りながら社会に貢献していくと示されている。ボランティアには、ジャズや民謡・三味線や詩吟など様々あり、マニュアルのボランティア手順書には受け入れの申し込みから事前確認、オリエンテーションを行う事となっている。オリエンテーションでは施設や基本理念の説明の他どんなスタッフが勤務しているか声かけの仕方や自立支援についても分かりやすく伝えられている。また、学校教育の協力として実習生の受け入れはないが隣接の悠々ホームと七尾市の高校の見学研修を行っている。</p>

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	<p>a . b . c</p> <p>社会資源は法人でリスト化され「社会資源一覧表」として作成されている。公的機関・ライフライン・医療福祉・施設関連業者などの他に個々の利用者に対応できる銀行や和菓子店・ストアなどもあげられ各事務所に設置し共有されている。月に1回行われる「在宅推進委員会」や「七尾市介護保険事業者連絡会」に参加し、のとじま悠々ホームなどのグループ内事業所や他事業所や包括支援センターと連携を図っている。また、ケアハウス部会で県内の問題対応施設の見学を行い協働して問題の解決に取り組んでいる。</p>
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	<p>a . b . c</p> <p>ケアハウスに週4日訪れる移動販売には地域の方も買いに来られる事もあり交流の場にもなっている。家族会の講演会などには事前に地域の集会所や馴染みのある場所で案内を行い地域住民も参加出来る様になっている。支援活動としては、年に3回の介護予防教室や認知症サポーター講習の講師として派遣を行っている。平成24年度から隣接の「のとじま悠々ホーム」とともに福祉避難所となり、災害時の受け入れと非常食の準備等の協力体制をとっている。</p>
27	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。	<p>a . b . c</p> <p>のとじまデイサービスに併設されている在宅介護支援センターと連携しニーズの把握に努めている。介護予防教室の開催で参加者の介護相談にもなっている。七尾市からの委託事業で行っている配食サービスは能登島地区の西部を担当し、安否確認を兼ねて訪問をしている。法人グループで開催の「演遊会」は地域住民も楽しめる催しで、今年度は地域の方の参加は45名だった。</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	コメント
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。			
28	① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a · b · c	法人理念に「人と人 心と心を 礎に」とあり、人や心の繋がりを大切に人として心から接する事を基本理念としている。月例職員会議の際に唱和し、基本方針とともに事務所内に掲示され日々意識できるようになっている。倫理規定や品質マニュアルには利用者の立場に立ち意向を重視していく事や基本方針には身体拘束・虐待防止について示されている。身体拘束委員会「行動評価表」「スキルチェックシート」で定期的に日頃のサービスを振り返り対応が話し合われている
29	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	「プライバシー保護マニュアル」や「虐待防止マニュアル」が整備されている。虐待防止のマニュアルには県の「高齢者虐待防止マニュアル」を使用し、法人グループ内で実施されている身体拘束・虐待防止についての研修を会議の機会に伝え周知を図っている。施設はプライバシーに配慮できるよう利用者は個室を使用し、施錠の鍵を持っている。玄関には各部屋の郵便ポストがある。
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	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	施設を紹介するリーフレットや新聞には法人の理念と基本方針が書かれており、写真や図や文字の大きさを工夫しサービス内容や活動を見やすく紹介している。それらは利用希望者だけでなく地域住民にも見ってもらえるよう、のとしまコミュニティーセンターをはじめ能登島地区・石崎地区・和倉地区の公共施設や地域包括支援センターなどに法人広報誌「いしずえ」や各施設のパンフレットや新聞を配置させてもらっている。また資料は適宜見直され、以前間取りの一部が変わり、リーフレットに掲載の見取り図を変更したことがある。事前調査書より、個別の相談から見学・体験希望について丁寧に対応されていることを確認した。利用希望者やその家族がより簡単にタイムリーなケアハウスの情報を入手できるようホームページなどの作成も期待したい。

31	② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a . b . c	サービスを開始の際には重要事項説明書やリーフレットその他「入居のご案内」の説明資料を使用して丁寧に実施している。サービスの変更にあっても、納得されたことを確認した後、同意の署名をもらっている。「入居のご案内」の資料にはA4の用紙に拡大した文字や絵図を使用しており、入浴時間や洗濯などの共同生活についてのルールや料金について、読み易く理解できるよう工夫されている。契約を交わす前に原則数日間の体験入所を勧めておりその為、ケアハウスと利用申込者がお互いの情報を得ながら入所に関する説明を行うことができる。
32	③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a . b . c	他施設へ移行する場合、七尾市で定められた「介護・医療連携用紙(生活・精神・身体・医療・介護保険情報など)」を使用し引き継ぎや情報交換を行えるよう整備されている。退所の際には、相談に応じられるよう施設や居宅介護支援事業所の連絡先が入った退所届のコピーをしたものを渡している。業務フロー図に変更の流れは示されているが、今後のサービスの継続性に配慮し引き継ぎやサービス終了時の手順についての整備が期待される。
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
33	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	品質マネジメント計画より毎年10月に利用者満足度調査を行っており、その結果を分析しマネジメントレビューで報告している。年に2回開催される家族会の中でもアンケートをとったり、笑顔カードでの調査も行い利用者の意見の把握と改善に努めている。昨年、ベランダの鳥の糞についての意見に関しては、こまめな清掃と鳥の侵入経路を塞ぐなどの努力で利用者からの声は無くなったとの事例がある。

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。

<p>34</p>	<p>① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。</p>	<p>a · b · c</p>	<p>苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員といった苦情解決の体制が整備され、体制が記載された石川県福祉サービス運営適正化委員会のポスターが事業所内に掲示されている。苦情受付体制は重要事項説明書にも記されており、契約時に説明している。</p> <p>利用者アンケートである「利用者様満足度調査」を実施するにあたって、事業所が独自に行わずに外注することで、意見や苦情を述べやすくなる仕組みを作っている。</p> <p>苦情は「苦情受付書」により受付され、安全対策委員会で一次検討が行われ、「検討・検証報告書」により二次検討を行い、管理責任者が最終確認を行い解決となる。解決結果は利用者や家族への説明の上、結果を事業所内に掲示し、家族会で報告し、広報誌で公表している。</p>
<p>35</p>	<p>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。</p>	<p>a · b · c</p>	<p>事業所の苦情相談窓口の他、行政、国民健康保険団体連合会、石川県福祉サービス運営適正化委員会等、複数の方法や相手を自由に選択できることが重要事項説明書に示されている。</p> <p>石川県福祉サービス運営適正化委員会のポスターに苦情受付者、解決責任者、第三者委員を明記し掲示されている。</p> <p>また、年1回「第三者委員報告会」を開催し、「利用者様満足度調査」の結果報告や苦情の報告が行われているほか、広報誌「いしずえ」には、利用者からの意見・要望とその回答や解決事例が掲載されており、気軽に相談や意見を述べられる環境を整えている。</p>
<p>36</p>	<p>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。</p>	<p>a · b · c</p>	<p>相談や意見、苦情を受けた際の記録方法や報告手順、対策については「苦情相談対応マニュアル」を整備し、マニュアルは定期的に見直しを行っている。施設に意見箱を設置している他、「利用者様満足度調査」や家族会からも意見の傾聴に努めている。</p> <p>食事について、メニューのアンケートを取り、利用者はアンケート票に食べたいメニューを記入し箱に入れて回収を行い、データを収集し、食事に提供できそうなものは実際にメニューに反映させている。</p> <p>また、耳が聞こえにくい利用者のために事務所に筆談用のホワイトボードを設置し活用されている。</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。

<p>37</p>	<p>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。</p>	<p>a . b . c</p>	<p>リスクマネジメントに関する委員会として「安全対策委員会」を設置、統括リスクマネージャーは施設長、リスクマネージャーは主任・部長となっている。事故発生時の対応手順は品質マニュアル内の「不適合サービスの管理業務フロー」内でフローチャート化されて定められている。 ヒヤリ・ハット事例は事故は「ヒヤリ・ハット報告書」「事故・苦情報告書」に記録され、報告書をもとに安全対策委員会で再発防止策を検討し、現場で検証を行う。この一連の流れは品質マニュアルの「是正処置の管理業務フロー」から確認できた。</p>
<p>38</p>	<p>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。</p>	<p>a . b . c</p>	<p>月1回の頻度で、各施設の担当者による「感染対策委員会」が開催されている。また、「感染対策マニュアル」を策定し、「感染症発生時の対応フロー」としてフローチャート化され、年2回の感染対策研修で職員への周知がなされている。 感染症の発生時期になると感染対策委員会が中心となり、医師監修のもと感染対策リーフレットを作成し、職員に配布している。</p>
<p>39</p>	<p>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。</p>	<p>a . b . c</p>	<p>年4回、管理責任者と各施設の防災管理者により「防災管理会議」が開催され、その中で防災マニュアルの作成・見直し、防災訓練の計画が行われている。会議の中でハザードマップをもとに風水害や原子力災害のリスクと取るべき対応を検討し、マニュアルに反映させている。現在、自治体と協議して、災害時の連携方法を再確認している。 非常時の安否確認方法として、利用者の一覧表、職員の夜間緊急連絡網を作成している。また、備蓄品リストを作成し、リストに基づき備蓄が行われていることが確認できた。倉庫には備蓄食品の使い方が写真で説明されており、備蓄食品を使用した非常時の献立表も用意され、非常時に慌てることなく職員が非常食を提供できる体制が整えられている。</p>

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果	コメント
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。			
40	① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a . b . c	<p>提供するサービスの標準的な実施方法については「スキルチェックシート」チェックリスト形式で文章化されている。チェック項目の中には、利用者の尊重、プライバシーへの配慮等も含めたサービス全般についてリスト化されている。</p> <p>職員は、スキルチェックシートに基づいて年1回自己評価を行い(新人職員は3ヶ月に1回)、リーダーの一次評価を経た後に合議評価を行い、スキルチェックシートに基づき業務が実施されるかを確認する仕組みが確立されている。</p>
41	② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a . b . c	<p>標準的な実施方法をフローチャート化した「業務フロー図」、および各種マニュアルの検証および見直しは内部監査の前後で必要性を判断して見直しが行われることが「品質マニュアル」により確認できた。各帳票はリビジョンにより版が管理されており、平成30年に品質マニュアルのリビジョンが改訂されていたことが履歴により確認できた。</p> <p>検証・見直しについてはサービス計画や職員意見、利用者意見が反映されて行われている。従前は夜間の巡視体制は臨時的なもののみ行われていたが、転倒事故が発生したことで、安否確認の体制について見直しを行い、定期巡視となったことが業務管理マニュアルの履歴により確認できた。</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	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。	<p>a · b · c</p> <p>入居時は厚生労働省の「基本チェックリスト」および施設作成の「問診票」を用いて利用者の心身状況をチェックしながら、利用者自身が介護スタッフ、事務員、相談員と相談しながらケアハウスで過ごしたい生活をプランとして作成する仕組みをとっている。</p> <p>入居には保証人が必要だが、保証人のいない利用者に対しては、行政（七尾市高齢者支援課）や地域包括支援センター、病院ソーシャルワーカー等に利用者の万が一の際が発生した場合について十分協議の上入居受入を行う等、支援困難なケースへの検討、サービス提供も積極的に行っている。</p>
43	② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	<p>a · b · c</p> <p>厚生労働省の「基本チェックリスト」、およびIADLの項目を追加した「問診票」を本人が記入し、ケアハウス内での行事への参加への意向や興味の有無を確認し、いつ、どんなことをするか（例えば「ラジオ体操を毎日行う」等）ケアハウスの中での生活についてのプランである「えがおプラン」を利用者と担当者で話し合いながら作成していく。</p> <p>プランは毎月1回利用者に満足度を確認する形で達成度を図り、3ヶ月で1サイクルとし再作成を行っている。</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。		
<p>44</p> <p>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。</p>		<p>a . b . c</p> <p>入居者に関する情報やケース記録はシステムを使い管理されている。記録の中で申し送りが必要なものについては、申し送りデータに全員チェックを入れなければ申し送りが完了しないため、伝達漏れがない仕組みが作られている。</p> <p>記録する職員間で記録内容に差異が生じないように、「施設職員のための介護記録の書き方」をテキストに研修を行っている。</p> <p>情報共有については、法人内での情報は社内LANを用いて行われ、外部の医療機関や介護施設に利用者情報を共有する際は「介護・医療連携用紙」の様式を定め、外部との連携を行っている。</p>
<p>45</p> <p>② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。</p>		<p>a . b . c</p> <p>利用者の記録の保管や保存、廃棄、情報提供に関する規定を定めた「個人情報保護マニュアル」を整備し、個人情報の不適正利用や漏洩に関する対策は「個人情報に関する基本方針」で定められている。また、「記録一覧表」を作成し、その中で記録の種類毎に関する管理責任者が明記されている。</p> <p>年1回今年度は7月に、法人全体で「個人情報保護・プライバシー研修」を行い職員へ周知している。「SNS等への投稿も不適切事例」等、新しい事例も交えて研修を行っている。</p> <p>個人情報の取り扱いに関しては、契約時に丁寧に「個人情報に関する基本方針」について不明瞭な点なくなるまで説明を行い、利用者・家族に同意をもらっている。</p>

評価細目の第三者評価結果(高齢者福祉サービス)

判断水準	
「a評価」	よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態
「b評価」	aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組の余地がある状態
「c評価」	b以上の取組みとなることを期待する状態

※ 最低基準を満たしていることを前提

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果	コメント
A-1-(1) 生活支援の基本			
A③	① 利用者の心身の状況に応じた生活支援(生活相談等)を行っている。	Ⓐ ・ b ・ c	入居後暫くして、介護予防ケアマネジメントの実施の際に作成する基本チェックリストを準用して、利用者ひとり一人に「えがおプラン」を作成している。プランには目標が記載されていて、毎月達成できたかどうかの確認をしている。パンや飲み物、スーパー等の移動販売も毎週訪問してくれて、利用者は自由に買い物をしている。関連医療機関が出してくれる送迎車を利用して、橋を渡って対岸のスーパーやお店での買い物を楽しむこともできる。毎日みんなでラジオ体操をして体を動かしたり、様々なアクティビティが用意されて利用者は自由に参加している。ホームから精神科デイケアに通う人や訪問看護を利用する人もいる。生活保護や減額の申請等、行政手続きの依頼があればその都度支援をしている。要介護認定申請の相談があった場合には、居宅の事業所との連絡調整を行っている。

A④	② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	a) ・ b) ・ c)	<p>利用者の思いや希望は、入居申し込み時の面談や、入居後に行う基本チェックシートにより把握し、利用者の状況に応じたコミュニケーションの取り方を工夫している。例えば、難聴の方には、筆談や收音器等を利用して利用者とのコミュニケーションを図っている。職員は、年に三回スキルチェックシートを用いて、自らの介護技術について自己評価を行い、サービスの質の向上に努めている。スキルチェックシートのコミュニケーションの項には、認知症、聴覚障害、難聴の利用者に対し、はっきりとした声かけや分かりやすいジェスチャー、表情、筆談などにより内容を伝えると記されている。利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉遣いは、基本方針や職員倫理規定に明記されて研修や、唱和することにより共有を図っている。利用者との面談には、いつでも応じている他年に一度利用者との懇談会や、家族との懇談会を開催して利用者等の意見聴取をしている。日中、夜間と職員は巡回体制をとっており、いつでも利用者にとれるような配慮がされている。</p>
A-1-(2) 権利擁護			
A⑤	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)	<p>入居のご案内の中に、サービス提供における事業者の義務として、身体拘束の廃止を明記している。身体拘束廃止マニュアルには、緊急やむを得ない場合における対応が明記されているが、現在そのような事例はない。法人全体で身体拘束廃止委員会を毎月開催して、身体拘束に繋がる虞のある事例の検討を行い、研修も実施して身体拘束廃止や権利擁護に取り組んでいる。身体拘束や、虐待、苦情、権利侵害等は「不適合サービスの管理」として纏められ、管理業務フローとして示され周知を行っている。</p>

A-2 環境の整備

		第三者評価結果	コメント
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮			
A⑥	① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	㉠・b・c	館内は掃除が行き届き、毎日清掃点検を行い管理している。食堂や廊下などのスペースの温度や湿度も職員がチェックして、快適な状態を保っている。職員は、昼と夜の巡回時には、利用者の居室もチェックをし、環境整備を行っている。各階に談話スペースがあり、ソファやテレビ、観葉植物等を置いてあり、ゆったりと過ごすことができる。利用者満足度調査を毎年実施して、利用者の意向の把握に努めている。居室内には使い慣れた家具や、テレビ、冷蔵庫、寝具などが持ち込まれ、利用者が自分にあった使い方をしている。身体の状態に合わせて、トイレのドアを取り外したり、備え付けのベッドや家具を自分の使いやすいような配置で使用している。また、夫婦で利用している人の中には、一室を寝室、もう一室をリビングという風に使い分けている人もいる。

A-3 生活支援

		第三者評価結果	コメント
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援			
A⑦	① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	㉠・b・c	水曜と日曜以外は、いつでも自由に入浴することができるが、午前中はヘルパーによる介助を受ける方、午後からは一般浴となっている。入浴介助を受ける方のために、シャワーキャリーやシャワーチェア等が用意されている。湯の温度や脱衣室の温度は職員がチェックして適切に管理している。入浴前には血圧を測るよう声かけをして、高かったり、風邪気味の時には取りやめるように伝えている。あまり入浴していない人には、個別に話を聞き、声かけして清潔が保持できるように支援している。また、ゆず湯や菖蒲湯等、季節を感じられる工夫を凝らして、入浴を楽しめる工夫をしている。

A⑧	② 排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	①・b・c	<p>外部サービス利用型の施設であるため、介護は原則外部の在宅サービス利用となるが、居室トイレに手すりを設置したり、トイレのドアを取り外したり、ポータブルトイレを併用している人もいる。自然な排泄のために、乳製品やバナナを摂取したり、水分補給を計画的に行い、栄養委員会でチェックを行っている。また、運動も大切な要素であるので、毎日14:00から全員でラジオ体操をしたり、レクリエーションで運動や散歩のメニューを取り入れている。排泄の介助は直接には、外部のヘルパーやデイサービスで行われるが、それら在宅サービス事業所とは連携をとって、安全に介助が行われるようにしている。排泄の自立については、尿臭のする人には、個別に面談して話を聞き、必要であればパットやリハパン等の試供品を提供して使ってもらったり、巡回時に注意深く声かけを行い支援している。</p>
A⑨	③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	①・b・c	<p>歩行に不安のある方には、エレベーターの乗降時には、見守りを強化したり、食堂の座席の場所を配慮している。毎日の14:00から、ラジオ体操をしたり、レクリエーションで運動プログラムを取り入れて、体力低下予防に努めている。系列の病院の送迎バスを利用して、通院の際に買い物をして、生活リハビリを行っている。福祉用具の必要な人には、系列の病院のPT,OTから福祉用具選定について助言をもらっている。居室内には3つの緊急ブザーがあり、また通話型のナースコールも設置され、管内各所にも緊急ブザーが設置してある。昼と夜の管内巡回時には、職員はPHSを持参しているため、利用者の緊急な呼び出しにも対応することができる。</p>

A-3-(2) 食生活			
A⑩	① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	① a · b · c	<p>毎月栄養委員会を開催して、献立や栄養について検討を行っている。毎年9月には嗜好調査を行い、その結果をメニューに反映し、月に一度は行事食を提供している。食事の提供形態も数種用意し、温かい食事の提供に努めている。利用者の状態に合わせて、食堂の席替えをしたり、食事のペースの遅い人、早い人への配慮も行っている。月に一度は、主食をパンか御飯の選択ができるようにしたり、うどんとラーメンのセレクト食を実施している。利用者ひとり一人の食事の留意事項や、禁忌事項を示した食札を作成し利用者の希望や好み等を反映させている。大量調理施設衛生管理マニュアルに基づいた衛生管理が行われていて、食品衛生責任者研修会も毎年受講している。</p>
A⑪	② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	② a · b · c	<p>「お食事について」という嗜好調査があり、入居時及び年1回実施されている。「栄養スクリーニング アセスメント・モニタリング(通所・居宅)」に、常食、軟菜(刻み、ごく刻み)、塩分制限など栄養面への配慮と提供方法を工夫していることが示されている。食事に時間のかかる方や誤嚥のおそれのある方へは見守りを行っている。</p> <p>「えがおプラン」という本人の状態の調査を年1回実施し、毎月モニタリングを行っている。問診票の中に食事に関する項目が3つあり、チェックが入った方については、その方に必要な対応をして、健康の維持に努めている。問診票にチェックが入ると、「ケース」で申し送り、本人が希望した事がカードに記入され、職員間で共有化され取り組まれている。</p> <p>事故発生の対応方法は、「緊急時対応マニュアル」が作成され、「えがおプランの問診票」や「栄養スクリーニング」などで確認徹底している。</p>

A⑫	③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	㉠・b・c	入居者の口腔機能の保持・改善については、「えがおプラン」の問診表で取り組んでいる。口腔ケアの研修は、7月1日に職員2名が法人研修「栄養管理研修」に参加している。7月の月礼会で伝達研修を実施している。参加できなかった職員へは資料の回覧を行っている。歯科との連携として、家族と歯科へ受診し、歯科より入れ歯洗浄を依頼され、継続的に支援を行っていることが「ケース」に記録されている。現在口腔内のチェックを行っているのは1名のみで、その他の方は自立している。
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア			
A⑬	① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	㉠・b・c	「褥瘡予防マニュアル」、「褥瘡発生予防に関する指針」が作成され、「えがおプラン」で入居者の健康状態を確認している。標準的な実施方法は、法人の研修会に参加することなどで周知徹底している。令和2年1月の研修会に参加予定である。入居者の多くは健康であり、現在褥瘡のケアが必要な方はいない。法人の褥瘡予防対策防委員会に参加し、最新の情報は職員に伝達している。
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養			
A⑭	① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	a・b・c	非該当
A-3-(5) 機能訓練・介護予防			
A⑮	① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	㉠・b・c	年1回の「えがおプラン」で、毎日のプログラムとして、毎日14時からラジオ体操に取り組んでいる。また、ケース、モニタリング表で作業療法士より助言を受けていることが確認できる。また、モニタリングにおいて自分のプランが実行されているかを、1か月後に担当職員と入居者本人とで、本人の目標を再確認している。 「栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング(通所・居宅)」で評価・見直しを行っている。医療機関との連携については、11月2日の「ケース」の記録で確認できる。

A-3-(6) 認知症ケア		
A⑯	① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	<p>① a ・ b ・ c</p> <p>アセスメントは、全入居者を対象に作成されている。入居者の妄想に対して受容的にかかわった記録や短期記憶に支障のある方に対して、確認表を作成し、本人自身に記入してもらうことで記憶に残るようになったなど、BPSDへの観察や配慮の記録が確認できる。</p> <p>職員への研修は、法人研修「認知症及び認知症ケアについて」に職員1名が参加し、9月11日に職員全員に資料の回覧を行っている。環境づくりの工夫として、居室の名札を大きくし、玄関等3か所に防犯カメラを設置してある。また1階食堂横に大きな仏壇を置き、16時にCDでお経を流すとお参りしたい方がお参りしている。そして、夜間巡回とは別に、14時のラジオ体操に出てこない方の居室巡回を行い、希望者のみ夜間の居室内巡回を行っている。</p> <p>クラブ活動として、カラオケ月3回、習字月2回、絵手紙月1回、塗り絵月1回、ビハーラー喫茶月1回など取り組んでいる。BPSDに関する支援内容の検討は、11月2日の「ケース」の記録で確認した。</p>
A-3-(7) 急変時の対応		
A⑰	① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	<p>① a ・ b ・ c</p> <p>「緊急時対応マニュアル」が作成され、法人の「安全対策委員会」へも施設長が参加し、医療機関との連携体制を確立している。「ケース」に、日々の入居者の血圧、脈、体温が記録されている。健康状態は、毎日の体重測定、ラジオ体操、食事の時などに確認している。健康に関する研修は、法人研修「健康管理研修」に施設長と栄養士が参加し、資料を全職員に回覧している。職員への周知は、自己評価、一次評価、合議評価からなるスキルチェックシートに取り組むことで職員へ周知徹底している。入居者の薬は、30人分程度を預かっている。看護師が薬を受け取り、1回に渡す分を1週間分セットする。それを毎食時や眠前薬を20時に渡しており、看護師とケア職員とで確認を行っている。</p>

A-3-(8) 終末期の対応			
A⑱	① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	㉠・b・c	現在入居者の中に、終末期ケアの対象者はいないが、終末期を迎えた場合の対応については、法人のマニュアルや指針を用いて対応する。委員会にも必要に応じて参加する。終末期の研修は、法人の研修が令和2年1月に実施され、参加予定である。

A-4 家族等との連携

		第三者評価結果	コメント
A-4-(1) 家族等との連携			
A⑲	① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	㉠・b・c	家族とは、家族面会時に近況の報告を行っている他、利用者の体調変化があった時には、その都度電話で連絡を取っている。毎月、請求書を発送する際には、お手紙を入れたり、ビハーラ新聞(機関誌)を同封して利用者の近況について伝えたり、事業所の取り組みについて報告している。家族会は年に二回、利用者満足度調査は年に一回実施して、家族の事業所のサービスや運営についての要望や意見を聴きとり、サービスの向上や事業所運営に活かしている。利用者の誕生日には、家族からメッセージを事前にもらいプレゼントに入れたり、事業所の行事に家族が参加してもらう等、家族とのつながりに配慮した取組を行っている。