

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 ビハーラの里	種別： 軽費老人ホーム
代表者氏名： 理事長 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： https://saharagroup.com

【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	介護職員	4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）	50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、挨拶は相手の顔をみて）
- ・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

【事業所の特徴】

基本理念・基本方針・利用者アンケート等をもとに、「品質目標」を作成しPDCAサイクルを活用しサービスの向上に努めています。

認知機能別トレーニングツール（「CogEvo」）を使い、定期的な認知機能評価を行うことで入居様が「やりたい」ことを、いつまでも「できる」ように支援を行っています。

【石龍会全体の取組】

2009年6月に「ISO9001（品質マネジメントシステム）」の認証を取得、継続しています。2018年4月に「いしかわ魅力ある福祉職場」に認定され、現在も継続認定を受けています。人材の確保や育成、職場改善に取り組み、職員が安心して働ける環境を整えることによって、よりサービス提供が行えるよう努めています。また、2018年12月には「平成30年度石川ワークライフバランス企業」の優良企業賞を受賞しています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和4年11月1日（契約日）～ 令和5年2月7日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	3回（令和元年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

共通評価

●中長期目標展開表の1年後到達水準には、「転倒事故20件以下」、「施設内感染防止対策の実施」、「経年劣化設備の整備」、「年間入居率98%維持」など示され、2年後、3年後の到達水準も示し、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いる。アクションプログラムなどにより進捗状況を把握し、次年度よりの3年間の中長期計画を作成しており、必要に応じた見直しが行われている。

●施設の財務について、税理士より監査支援を受けている。また、令和2年度に、監査法人に依頼し、公認会計士による外部監査を実施している。令和2年6月20日付けの「監査報告書」にて確認できる。

●ケアハウスでは住居と食事の提供が主たるサービスであるが、ビハールでは独自の自立支援のための「えがおプラン」を作成している。49項目の問診票によるアセスメントを実施している。関心のあること、ADL、基本チェック（介護予防）の項目を自己チェックしてもらいそれに基づいて職員と協働して、ひとり一人の毎月の目標を定め、取り組んでいる。自立生活が難しくなってきた人には、介護サービスの利用のため居宅の事業所へつないでいる。

●職員に、年一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う取り組みに加え、昨年より、オンライン動画研修を取り入れるなど、現状に満足する事なく、更なるサービスの質の向上に努めている。

内容評価

●利用者ひとり一人と面談して、利用者の心身の状況に合わせた支援計画（えがおプラン）を作成し、その人に合った生活プログラムやメニューを提供している。メニューとしては体操、書道、塗り絵、頭の体操等が用意されている。利用者の重度化に備えて、毎月施設長と系列のケアマネ、訪問介護等で介護ミーティングを行い利用者の状態確認を行い、必要な人には介護保険の申請支援等を行っている。

●認知症ケアの取り組みとして、基本方針やマニュアルには支持的・受容的な関りを重視することが記されている。感情失禁や思い込みの強い利用者には、傾聴に努め声かけに配慮した対応を行っている。自分の部屋がわからなくなる人には居室前に特製の名札を作ってあげたり、夜間の巡回時には個別に訪室して環境整備や話をしたりして対応している。今年からはタブレットを活用した脳トレーニングを導入して認知機能を向上させる取り組みを行っている。毎月職員会議の中で利用者の状態確認を行い、支援内容の見直しを行い、必要があればかかりつけ医宛に情報提供している。

◇改善を求められる点

●苦情の体制は整備されていて、ポスター掲示や重要事項への記載により利用者へ周知・説明しているが、重要事項には第三者委員の記載が見られない。コロナ禍により施設内への立ち入りが出来ないため、より架電等による申し立てへの配慮が望まれる。

●口腔ケアについての研修はeラーニングにより行っている。利用者は基本自立している人であるので口腔ケアについては啓発的な声かけにとどまっている。口腔状態及び咀嚼嚥下機能の定期的チェックは行っていないが、事業所の福祉バスを利用して歯科受診の支援を行っている。可能であれば定期的な歯科医師や歯科衛生士による口腔ケアの指導、口腔ケアのチェック及び咀嚼嚥下機能のチェックが望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、3回目の第三者評価を受審しました。
高い評価を頂いた点については、引き続きサービスの向上と継続に努めます。

改善が求められる点に関して

「第三者委員への架電等による申し立て」「定期的な歯科医師や歯科衛生士における口腔ケアの指導等」に関して、今後ケアハウスとしてどのように関わりを持つことが利用者様、ご家族にとって最善であるか検討し、改善につなげてまいります。

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(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。理念・基本方針は、重要事項説明書や3か月ごとに発行する広報紙「ビハーラ新聞」、法人広報誌「いしずえ」にも明示されている。また、施設玄関に掲示もしている。</p> <p>理念や基本方針は、理事長の年始の挨拶の際や、全体会議やリーダー会議において話され、職員へ周知されている。</p> <p>また、年4回記入している人事評価票で、理念・基本方針にどれくらい取り組んでいるのか、自己評価することで周知状況を確認している。</p>

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果	コメント
I-2-1(1) 経営環境の変化等に対応している。			
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>七尾市の事業者連絡会に参加し、介護保険制度の動向も把握し、「経営分析表」を作成している。施設の強み、弱み、課題などを分析し、経営環境の適切な把握、分析に取り組んでいる。</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>「経営分析表」の「経営課題」及び「重点課題の検討表」が作成され、経営環境の課題や問題点を明らかにしている。</p> <p>理事会は年4～5回実施されており、役員間での共有がなされている。</p> <p>コストに関するアクションプログラムの途中経過は、月例会で説明し考察している。また、年2回の一般職員も参加するMRにおいても、アクションプログラムの取組状況を説明している。アクションプログラムにおいて、前年度の達成状況を振り返り、課題を抽出し、4月の事業計画の説明の際に、経営状況や改善すべき課題を職員に周知している。</p> <p>ISOのQMS活動に取組み、10月に職員の意見聴取、11月に事業計画立案の会議や利用者満足度調査を行い、意見や要望を把握し、集計・分析を行い、8月と2月にマネジメントレビューにて評価を実施し、解決・改善に向けて具体的に取組んでいる。</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。	Ⓐ・b・c	<p>「中長期目標展開表」により、2022年より2024年の3年間の中長期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働き方改革、②サービスの質の向上、③地域福祉活動の推進、④収益・コストが経営課題(テーマ)として挙げられており、理念との整合性が取られたものとなっている。</p> <p>また、中長期目標展開表の1年後到達水準には、「転倒事故20件以下」、「施設内感染防止対策の実施」、「経年劣化設備の整備」、「年間入居率98%維持」など、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いる。アクションプログラムなどにより進捗状況を把握し、次年度よりの3年間の中長期計画を作成しており、必要に応じた見直しが行われている。</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。	Ⓐ・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。「2022年度 事業計画」は、「0. 感染対策 ①スタンダードプレコーションの徹底」など、「1. 働き方改革 ①ケアパレットの有効活用(音声入力の実施/活用)」など、「2. サービスの質の活用 ①コグエボ(CogEvo)の有効活用」など、「3. 地域福祉活動の推進 ①事業継続計画(BCP)の推進」など、「4. 収益・コスト ①入居率のアップ」など、中長期計画と連動した単年度計画を策定している。</p> <p>また、「重点課題検討表」を作成し、優先順位を明確にしている。そして、アクションプログラム(働き方改革)やアクションプログラム(サービスの質の向上)が作成され、実施状況の評価が行われている。</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。	Ⓐ・b・c	<p>事業計画策定の流れは、10月に2法人の各施設長や法人本部が出席して実施される「人事評価委員会」において作成される。各施設長は人事評価委員会に参加する前に、アクションプログラムのやり残しなどの課題を示し、全職員がSWOT分析を実施する。そして、その分析結果をもって人事評価委員会に参加し、経営分析を行い、計画化されている。</p> <p>事業計画に記載されている項目は、アクションプログラム(働き方改革)やアクションプログラム(サービスの質の向上)のように、アクションプログラムに基づき取り組まれており、職員参画のもと策定されている。</p> <p>事業計画の実施状況は、9月ごろと2月(総括)ごろにMRにおいて報告されている。また、「事業計画中間報告」や「事業計画総括報告」を作成し、定められた時期に評価を実施している。</p> <p>SWOT分析を実施することで、強み、弱み、期待されていること、できること、できないことを「経営分析表」に示し、計画の見直しを行っている。</p> <p>事業計画の実施状況は、アクションプログラムの進捗状況でもあり、進捗状況を月例会で示し考察している。また、MRでも報告され、各リーダーからユニット会議で報告され、職員への周知や理解を促すための取組を行っている。</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。	Ⓐ・b・c	<p>事業計画は、家族会で説明している。令和4年度は6家族が参加した。個々の課題については、広報紙「ビハーラ新聞」5月号で「2022年度事業計画の重点事項」について掲載している。この他、事業計画の優先事項の取り組み状況や満足度調査の結果を知らせたりしている。</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)	満足度調査やMRに基づき、重点課題が設定され、各種計画に反映され、進捗状況をアクションプログラムやMRで確認し、課題を整理し、課題として挙げられたものは事業計画に載せられるなど、PDCAサイクルに基づき取り組まれている。 評価を行う体制は、MR、アクションプログラムの振り返り、内部監査、自己チェックリストなどに取組んでいる。内部監査は5月と8月に実施している。内容の大きな違いはないが、5月は内部監査のチェックリスト、8月石川県のチェックリストを使用している。 また、年に1回以上自己評価に取組み、考察も行い、第三者評価も定期的に受審している。評価結果を分析・検討する場合は、人事システムや教育システムを評価する人事評価委員会である。
9	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)	「経営分析表」や満足度調査結果などに、課題が明文化されている。課題はMRやアクションプログラムの振り返りで検討し、共有化に取組み、職員の参画のもとで改善策が策定され、見直しも行われている。また、月例会や委員会などでも課題が共有化され、内部監査や自己評価の考察により、改善策や改善計画を策定する仕組みがある。

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	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)	管理者は、「経営・管理に関する方針と取組み」について「品質マニュアル」の中に明記している。また、自らの役割と責任については、ホームページに掲載している。 職務分掌等については、「品質マニュアル」で文書化され、職員に周知されている。 有事における管理者の役割と責任や不在時の権限委任については、防災マニュアルや現在作成中のBCPで明確にされている。
11	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)	管理者は、「遵守すべき法令」等について「法令遵守規定」を作成し、法令遵守に取り組んでいる。 今年度の法令遵守に関する研修は、昨年度から取り入れたeラーニング研修システムにより、「倫理規定及び法令遵守」を全職員が受講している。 「遵守すべき法令等」については、「介護・福祉法制一覧表」として、54の法令が示され、施設運営に必要な幅広い分野について把握し、取組を行っている。
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。 a) ・ b) ・ c)	福祉サービスの定期的、継続的な評価・分析は、満足度調査やQMS(ISO)により取組んでいる。 福祉サービスの課題への具体的な改善対策として、基本的な感染対策に取組み、その徹底に努めている。 管理者は、各種会議などに積極的に参加し、現場の意見を吸い上げ、課題を明らかにしてその対策を示すことに力を入れている。また、人事評価や個人面談、MRなどに取組み、職員の意見の反映に努めている。 職員への研修は、コロナ禍でもあり、昨年度より導入したeラーニングによる研修に取り組んでいる。研修は、職種や役職によりテーマが異なっている。

13	<p>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。</p>	a・b・c	<p>人事、労務、財務等を踏まえた分析は、「経営分析表」が作成されている。働きやすい職場環境への具体的な取組みとして、音声による記録システムやジョブモデレー(eラーニングの研修システム)などを導入している。また、人材育成およびサービスの質の担保のため、自分たちで動画を作成するなど、視覚的なツールを導入している。</p> <p>施設内には、業務改善委員会など9つの委員会と3つの会議が設置されており、業務改善やサービスの質の向上のために取組まれている。</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	<p>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</p>	a・b・c	<p>人員体制や人材の確保と育成に関する基本的な考え方は、「人事評価表」に示されている。人員体制についての具体的な計画は、「中長期 目標展開表」の「働き方改革」の中に、有資格者などの増員について記載されている。そして、事業報告書の中に前年度の実績が示されており、計画に基づいた人材の確保・育成に努めている。</p> <p>効果的な福祉人材の確保として、新規採用職員のOJTに取組み、施設長と事務長が担当者となっている。</p>
15	<p>② 総合的な人事管理が行われている。</p>	a・b・c	<p>「期待する職員像」や人事基準は、「人事評価表」に示されている。また、「等級フレーム」を使用し、人事考課に取組み、職員処遇の水準についての評価・分析を実施している。</p> <p>人事評価表の中に職員の意向を記入してもらい、職員の意向を確認した上で面談に臨んでいる。</p> <p>また、法人として「いしかわ魅力ある福祉職場」の認定を受けている。施設では施設長・事務長をOJT担当として、新採用職員のOJTに取組み、「等級フレーム」を用いてキャリアパスの視覚化に努めている。</p>
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
16	<p>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組んでいる。</p>	a・b・c	<p>施設の労務管理や有休の取得状況、時間外労働のデータ把握は、施設長が責任者である。ただ、法人として衛生委員会が設置されており、法人全体の状況を把握し、各施設・事業所に改善を促す役割を担っている。</p> <p>職員の悩み相談窓口は、施設長、総務職員となっている。総務通信が発行され、健康診断、予防接種、ワクチン接種、ワーク・ライフ・バランス、メンタルヘルス、制度改革などについて職員へ情報を発信している。</p> <p>ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組みは、短時間正社員制度、産後パパ育休、ノー残業デー、記念日には優先的に有休取得できる、忘年会の代替としての特別支給金などの配慮が行われている。</p> <p>福祉人材や人員体制に関しては、「中長期 目標展開表」や「2022年度事業計画」などに反映され実行している。また、「アクションプログラム(働き方改革)」において取組み状況を把握しながら、取組みを進めている。</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	<p>① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。</p>	a・b・c	<p>「等級フレーム」を用いて、法人の期待する職員像を明確にしている。また、2か月に1回自己評価を行い、年2回人事考課の面談があり、「成績評価」「行動評価」のフィードバックを行うことで、職員一人ひとりの目標設定を行っている。一般職員との人事考課面談は、事務長が行い施設長に報告し、その後施設長が全職員と2次面談を行っている。</p>
18	<p>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。</p>	a・b・c	<p>「期待する職員像」は、「人事評価表」に明示されている。職員の専門技術や専門資格は、「品質マニュアル」の中の「資格者一覧」で明示されている。</p> <p>職員の研修は、eラーニングのジョブモデレーの計画に基づき実施している。研修の評価と見直しは、「研修計画フロー図」に基づき10月に職員から意見聴取を行い、事業計画へ反映している。また、月1回の人事評価委員会でも取組んでいる。</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)	職員1人ひとりの知識や技術・資格の把握は、「資格認定者リスト」を作成し、4月と10月にリストを更新し、最新の情報の管理に努めている。 新任職員に対しては、施設長・事務長を担当者としてOJTに取組んでいる。階層別研修、職種別研修、テーマ別研修は、全職員がeラーニングの研修に参加している。
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)	実習生の受け入れに関する基本姿勢等の明文化は、「実習受け入れマニュアル」が作成されている。2022年度は栄養士の実習を受け入れている。 専門職のための実習生を受け入れる場合は、学校と話し合い、実習要綱に沿って実習に取組んでいる。インターンシップの場合は、学校と話し合い、施設の方でプログラムを作成している。

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)	ホームページにおいて、法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、福祉サービス第三者評価の評価結果などが適切に公開されている。また、ホームページには、法人の広報誌「いしずえ」が掲載されており、「満足度調査」、「ご意見」、「苦情・相談」などについて掲載されている。 法人の広報誌「いしずえ」は、以前は1年に1回発行していたが、コロナ禍になって以降、2年に1回の発行である。2021年第10号では、法人の「感染症蔓延防止対策」や「見守り支援システム」、「外国人技能実習生の受け入れ」、「ボランティア」、「ご意見・ご要望」など法人全体の事業の取組み状況が示されるなど、地域に対して法人の存在意義や役割を明確に示すものとなっている。 施設の広報紙「ビハーラ新聞」は、3か月ごとに発行され、本人・家族へ配布されている。施設の行事の予定、行事での入所者の様子など、写真がたくさん使われ、施設での生活状況が分かりやすいものになっている。
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)	施設における事務や経理、取引等に関するルールは、「経理規程」に明示されている。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。 施設の財務について、税理士より監査支援を受けている。また、令和2年度に、監査法人に依頼し、公認会計士による外部監査を実施している。令和2年6月20日付けの「監査報告書」にて確認できる。

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)	運営方針には「地域に開かれた施設として地域との交流及び連携に努める」とある。2022年度事業計画の地域福祉活動の推進の項目では、地域貢献活動の継続実施や公園整備・維持を挙げている。社会資源の情報は玄関先に各機関のパンフレットの設置や掲示板の活用で利用者への周知をしている。新型コロナウイルス感染予防のためボランティアの受入れや今まで行ってきた交流は制限されているが、能登島ふれあい祭りへの参加、石川県社会福祉協議会主催の余技展への出品を行っている。利用者は法人の用意した福祉バスを使って通院や買い物に出かけている。「とくし丸」(地元スーパーによる移動販売)の受入れや、乳酸飲料の訪問販売の受入れ等もしている。
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)	法人のボランティア受入マニュアルがありそれに基づいた対応を行うことになっている。実習生の受入れについても同じように法人で共通した対応となっている。コロナ以降は受入れに困難なことが多いため限定的であるが、4月にはアマチュアマジシャンによるマジックショーがあり利用者は楽しい時間を過ごしている。また、実習生の受入れとしては1名だけではあるが北陸学院大学から栄養士養成コースの実習を受け入れている。

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。	a · b · c	社会資源一覧を作成し、職員へは回覧し周知している。法人内に在宅介護支援センターや特養、グループ内にはクリニックや居宅介護支援事業所等を持ち、毎月連絡会を開催している。行政等との連携としては、七尾市介護保険事業者連絡会や老人福祉施設協議会ケアハウス部会、七尾市社会福祉協議会等に参加、連携を図っている。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
26	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。	a · b · c	七尾市介護サービス事業者連絡会への参加や七尾市、七尾市社会福祉協議会との情報交換等をつづじて地域の福祉ニーズの把握を行っている。また、「たきなつの会」へのボランティア活動や直接地域の人たちとの交流、訪問販売や職員、利用者からの情報等、様々な福祉ニーズの把握に努めている。
27	② 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。	a · b · c	七尾市の配食実態調査に基づいてニーズを把握してのとじま地区での配食サービスを受託・実施している。また、法人全体で、能登島を中心とした地域での介護予防教室（公民館、集会所等での出前講座）の開催や認知症カフェの実施等も行っている。福祉避難所として災害時には地域住民の受入れ（備蓄、場所）体制も整えられている。地域との共同防災訓練等については現在町会と調整中である。

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	職員倫理規程には利用者を尊重したサービス提供について明記されている。ケアマニュアルには「プライバシーへの配慮」「自立支援に向けた取り組み」等利用者を尊重したサービス提供を行うことが記されている。各種会議、eラーニング、施設長による研修等を通じて職員ひとり一人が利用者本位のケアに取り組んでいる。サービスの質の向上のため、職員は毎年スキルチェックシートにより自己チェックを行い、それを施設長がチェックし職員へフィードバックしている。
29	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 · b · c	法人共通のプライバシー保護マニュアルには、サービス提供時にプライバシーに配慮する場面として、①居室②食事③入浴④排泄⑤通信が挙げられている。ケアハウスであるため職員が直接身体介護を行う場面はないが、浴室の確認は同性が行うようにしている。また、居室は利用者の家であるので巡回時に訪室する時にはノックし、入ることを徹底している。プライバシー保護について倫理規定の掲示や重要事項説明書の中で利用者・家族への周知を行っている。
Ⅲ-1-(2)			
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	法人の機関誌（いしずえ）やパンフレットは七尾市役所やその支所、地元の銀行、病院等に置かれている。また金沢以北の社会福祉施設には送付している。ホームページにも法人と施設の情報を公開している。入所相談は生活相談員がパンフレットや重要事項説明書を使用して説明している。コロナのため館内の立ち入りは制限があるが、相談については相談スペースを使用して相談員が対応している。3か月ごとに「ビハーラ新聞」（機関誌）を発行してホームの生活や取組について伝えている。
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	契約時は契約書、重要事項説明書、入居のご案内等を使い説明し、同意後には書面を交付している。体験入居の制度があり、入居前に実際に生活することによりケアハウスのサービスについて詳しく知ることが出来ている。サービスの変更、例えば要介護認定の申請や施設の移行の場合には、生活相談員が窓口となり、居宅の事業所や施設との橋渡しをしてスムーズに変更や移行ができるように支援している。
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	介護保険の申請、施設の移行については生活相談員が窓口であり、入院等の場合には、嘱託医が対応する。施設長は看護師であるのでどちらの場合にも情報提供についてフォローしている。いずれの場合にも、介護医療連携用紙（能登地区の病院施設の共通用紙）を使っての情報提供を行っている。移行や入院により退去する場合にも、退去届には「退去後介護等で困りのことがございましたらいつでもお気軽にご相談ください」と書かれており、退去後の窓口を伝えている（コピーして渡している）。

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上向上に努めている。			
33	① 利用者満足の上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>毎年満足度調査を実施している。調査方法は郵送・手渡しの他、用紙に記載されたQRコードを通してWEBでの回答も受けている。調査は10の項目プラス自由記載欄が設けられており、集計結果は機関誌やホームページを通じて公表されている。また、利用者からの直接の要望や意見については集計したものを会議で検討して具体的な改善につなげている。</p> <p>コロナのため直接に家族からの意見を聴く機会は減ってはいるが、6月には家族懇談会を開催してコロナへの対応、事業計画、脳トレへの取り組み等を伝えている。</p> <p>利用者からは直接に相談や意見を出してもらうことが多いので、できる事はすぐに、時間がかかる時には施設長も交えた会議の中で検討して速やかな対応を心がけている。</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	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>苦情の体制は整備されていて、ポスター掲示や重要事項への記載により利用者へ周知・説明しているが、重要事項には第三者委員の記載が見られない。コロナ禍により施設内への立ち入りが出来ないため、より架電等による申し立てへの配慮が望まれる。意見箱の設置はあるが特に意見は寄せられていない。利用者満足度調査を毎年実施して、その際に寄せられた意見については対応策を含めて機関誌で公表されている。苦情があった場合には、「苦情相談対応マニュアル」に沿って受付解決を行うことになっているが今年度は事例はない。</p>
35	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>重要事項説明書には苦情の受付先として七尾市、国保連、石川県運営適正化委員会等の連絡先が記載されている。生活相談員以外にも自由に相談があればどの職員も応じている。相談室は用意されているが、ケアハウスで個室であるため自室でプライバシーに配慮した相談を行うこともある。職員は巡回時にそれとなく気をつけて声かけをしている。家族からの意見については毎年のアンケート調査で意見を出してもらい回答・対応を行っている。また、家族懇談会を開催して直接に意見を聴取している。当日参加できなかった家族へは後日配布資料等を郵送している。</p>
36	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>日常的な相談や意見聴取は一義的には生活相談員が対応しているが、他の職員も巡回時などに利用者からの相談を受けることがある。ケアマニュアルには相談を受けるときにはプライバシーへの配慮をすること、話し合う時の角度は90°を意識すること、解決が難しい時には解決できる人につなぐ事等が記載されている。</p> <p>家族からの意見はアンケート調査で収集し機関誌や個別に回答し対応している。コロナ以降家族からは「最近はどこにでも連れて行ってもらえていない。行事の中でラジオ体操が特に良い」という意見が寄せられていて、それに対し「コロナのため外出を伴う行事は控えていること。施設内で目標をもって健康維持に取り組めるよう努めている」と回答が行われている。</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。			
37	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>施設におけるリスクマネジメントの責任者は施設長である。施設長は毎月法人の安全対策委員会に参加してヒヤリハット報告書、事故報告書の分析・検討を行い予防と再発防止に努めている。事故発生時のマニュアルはフローチャート化され、安全対策委員会にて毎年見直しが行われている。リスクマネジメントに関する研修はeラーニングにて行っている。損害賠償に対応するため、全社協の「しせつの損害保険」に加入している。</p>
38	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>法人の感染対策委員会に参加して、施設における感染対策の確認と予防に努めている。感染対策マニュアルがあり、施設長(看護師)がその都度感染対策についての指導を行っている。マニュアルは委員会の方で毎年見直しを行っている。コロナだけでなくインフルエンザの予防接種や毎日の検温、手洗い、消毒の継続も同時に実施している。今年は県看護協会による「感染症の発生及びまん延防止」の研修を受け予防体制を強化している。この研修では、ゾーニングや防護服の着脱等の実践的なものを学び、施設内の発生に備えている。母体法人にクリニックがあるため、毎年そちらの方からの感染症についての注意喚起や啓発が行われている。</p>
39	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>法人の防災管理会議の下「防災計画」「防災マニュアル」を整備して防災訓練を実施している。防災計画作成時には地域のハザードマップを基に施設の立地上の特性を考慮している。今年6月の防災訓練では、地震発生その後火災発生という想定で利用者も消火・放水訓練に参加して災害への備えを行っている。また7月には、県民一斉防災訓練(シェイクアウトいしかわ)に参加し安全行動について体験し防災対策を確認している。備蓄は食料、水、ヘルメット、毛布等施設長がリスト化して保管している。</p>

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果	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	ケアマニュアルは「スキルチェックシート」としてまとめられている。マニュアルは、ケアの際にはプライバシーに配慮すること、傾聴すること、利用者を尊重する姿勢が盛り込まれたものになっている。職員は毎年1度スキルチェックを行い、施設長が評価し、その結果は職員にフィードバックされて確認、気づきにつなげている。
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	「スキルチェックシート」は施設長が直接チェックを行い、施設長も参加する法人の人事評価委員会で検証及び見直しを行っている。コロナ以降直接に家族等の意見の聴取は難しくなっているが、家族懇談会を開催したり、アンケート調査の実施、新聞の発行等を通じて広く家族意見を聴取し、マニュアルへ反映するように心がけている。
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。	a · b · c	ケアハウスでは住居と食事の提供が主たるサービスであるが、ピハアでは独自の自立支援のための「えがおプラン」を作成している。49項目の問診票によるアセスメントを実施している。関心のあること、ADL、基本チェック(介護予防)の項目を自己チェックしてもらいそれに基づいて職員と協働して、ひとり一人の毎月の目標を定め、取り組んでいる。自立生活が難しくなってきた人には、介護サービスの利用のため居宅の事業所へつないでいる。
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。	a · b · c	毎月の目標は、利用者ひとり一人が自己チェックして(私のプランデータというモニタリング)進捗状況を確認し、職員へ連絡している。3か月ごとに本人と職員が話し合いながら計画の変更・是非について検討して、必要があれば見直しに繋げている。
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	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	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、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。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」を教材にした研修やスキルチェックシートによる施設内の独自基準を設けた評価を行っている。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。
45	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	利用者の記録の保管や保存、破棄、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、個人情報の不適性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を明記している。毎年法人内で「個人情報保護・プライバシー研修」を行い、様々な媒体からの個人情報の拡散など時代に合わせた事例も取り入れながら研修を行なっている。また、昨年よりオンライン動画研修を導入し、個人情報の管理を含め、サービスの質向上に取り組んでいる。

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。	a · b · c	<p>利用者ひとり一人と面談して、利用者の心身の状況に合わせた支援計画(えがおプラン)を作成し、その人に合った生活プログラムやメニューを提供している。メニューとしては体操、書道、塗り絵、頭の体操等が用意されている。</p> <p>コロナ以降様々な制限の中ではあるがのどじまふれあい祭りへの参加や、県社会福祉協議会主催の福祉施設余技展へ出品、書道展への参加等を行っている。</p> <p>毎月施設長と系列のケアマネ、訪問介護等で介護ミーティングを行い利用者の状態確認を行い必要な人には介護保険の申請支援を行っている。介護保険以外の行政手続きの支援も行っている。</p>
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>朝食、昼食、夕食、体操の時間、巡回時、入浴時が利用者とは必ずふれあう時間となっていて、職員は声かけや観察を注意深く行っている。マニュアルには高齢者を敬う姿勢や傾聴することの大切さが記されていて、職員は自己チェックにより確認を重ねている。難聴の利用者には筆談や声が文字になるソフトを利用してコミュニケーションを図っている。</p> <p>会話の不足している利用者へは、宿直勤務の巡回時に一対一で声かけ、話ができるように心がけている。</p>
A-1-(2) 権利擁護			
A⑤	① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	a · b · c	<p>マニュアルを整備するとともに研修を重ねて権利擁護に取り組んでいる。また、身体拘束廃止委員会を設置して毎月チェック検討を行い、職員個々には虐待の芽チェックリストを記入してもらい気づきを深化させている。利用者へは契約時に虐待の防止、身体拘束の適正化等について説明し、同意をもらっている。現在後見制度利用者2名、日常生活自立支援事業利用者1名、生活保護利用者が2名いる。令和4年3月には知事選挙、4月と7月には参議院選挙の不在者投票を施設内で実施している。</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。	a · b · c	<p>館内の清掃は委託業者により行われ清潔な環境となっている。各フロアにはランドリー、ゴミステーション、談話スペースが用意され利用者が自由に使えるようになっている。居室は全て海側に面して眺望がよく、利用者は使い慣れた家具を持ち込んで生活している。入居前に使っていたサービスを継続して使う人もいるし、車いす利用者のために居室を改修した事例もある。居室の室温は自己管理であるが、職員は巡回時に適温になっているか確認をしている。</p>

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	入浴日は日曜と水曜以外は予約をして(コロナ感染対策の一環)いつでも入浴ができる。入浴前に自分で血圧測定して普段の血圧より高い場合には入浴を中止するように呼び掛けている。浴室には手すりやシャワーチェア、湯船の中の足台等が用意されている。入浴介助を受けている利用者はヘルパーの訪問時間に合わせて入浴している。
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。	Ⓐ・b・c	自然な排泄のための運動として毎日の体操、水分の摂取(食後にお茶を飲んでもらう)、食事内容に注意して支援している。居室のトイレには手すり、洋式便所、ナースコールが設置されている。排泄の介助が必要な人は、ホームヘルプサービスを利用している。
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。	Ⓐ・b・c	館内、居室内はバリアフリーとなっている。杖、歩行器、シルバーカー、車いすの利用者には声かけを頻繁にして注意し、必要があれば理学療法士に動線の確認・評価をしてもらい食堂の座席の変更や居室内の環境整備に繋げている。居室には通話型のナースコールが設置されて職員の携行しているPHSで会話することができるようになっている。
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。	Ⓐ・b・c	受付に食事用の意見箱を設置して利用者の要望を聴取している。食事はごはんやみそ汁はよそってすぐにカウンターから、冷たいものは冷たく出せるように保冷の設備を準備している。パンか御飯、うどんかラーメンを選択できる日も設けられて利用者の満足度を高めている。また利用者の嗜好調査から、例えばどうしても肉類がダメな人へは別メニューでの提供を行っている。
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。	Ⓐ・b・c	主食は全粥、軟めし、おにぎり。副食は3種類の刻み食を用意している。嗜好調査や食事アンケートを実施して利用者の意向や状況に合わせた食事提供を検討している。本人の体調に合わせて、必要な時には居室への配膳を行っている。食事時の事故発生には施設内研修や防災訓練時に異物除去の訓練・研修を行い事故防止に努めている。
A⑫	③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a・Ⓑ・c	口腔ケアについての研修はeラーニングにより行っている。利用者は基本自立している人であるので口腔ケアについては啓発的な声かけにとどまっている。口腔状態及び咀嚼嚥下機能の定期的チェックは行っていないが、事業所の福祉バスを利用して歯科受診の支援を行っている。可能であれば定期的な歯科医師や歯科衛生士による口腔ケアの指導、口腔ケアのチェック及び咀嚼嚥下機能のチェックが望まれる。
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	褥瘡ケアマニュアル(法人共通)があり、研修はeラーニングで行っている。月に一度開催される褥瘡対策委員会(法人共通)には施設長が参加して、褥瘡ケアの情報収取をしている。以前、褥瘡の方がいて、訪問看護、デイサービスでの処置、事業所内での処置(看護師)と多職種連携で治療を行い治癒した事例がある。
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	利用者と職員が話し合いながら個別の計画(えがおプラン)を作成して機能訓練、介護予防に取り組んでいる。計画は毎月評価を行い新しい計画へとつなげている。全体的なメニューとして毎日ラジオ体操の他、4から5日毎に百歳体操を実施している。また食堂には、機能訓練のためのバイク等を用意している。
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。	Ⓐ ・ b ・ c	基本方針やマニュアルには支持的・受容的な関りを重視することが記されている。感情失禁や思い込みの強い利用者には、傾聴に努め声かけに配慮した対応を行っている。自分の部屋がわからなくなる人には居室前に特製の名札を作ったり、夜間の巡回時には個別に訪室して環境整備や話をしたりして対応している。今年からはタブレットを活用した脳トレーニングを導入して認知機能を向上させる取り組みを行っている。毎月職員会議の中で利用者の状態確認を行い、支援内容の見直しを行い、必要があればかかりつけ医宛に情報提供している。
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。	Ⓐ ・ b ・ c	検温は毎日実施している。受診日や入浴する時には血圧も測定してそれらの結果をパソコンに入力して管理している。食事の時には摂取量や残菜の量を見守り、変化がないか確認している。健康管理についての研修はeラーニングと施設長(看護師)が月例会の時に話している。申し出のあった利用者には服薬管理をしている(50人中30人ほど)。食事ごとに薬をセットして、薬の空き袋で飲んだか飲まなかったかを確認している。
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	法人のターミナルケアマニュアルを準用している。ケアハウスのため事例はあまりないが、過去の事例では職員が家族と一緒に病院に向き、医師より病状説明を受け、本人・家族の意向を聞いて対応している。終末期ケアの研修はeラーニングの受講と施設長による研修を行っている。

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	特変があった時には電話でその都度報告し、記録を残している。毎月請求書発行時には近況を伝えたり、入居者の写真を送付したり、誕生会には家族からメッセージをもらっている。ビハラー新聞は3か月に一度発行して家族に郵送している。6月18日には家族懇談会を開催し事業計画、感染対策、脳トレーニングの活用等の説明を行っている。当日参加できなかった家族へは後日、資料を郵送している。毎年、満足度調査を行って結果を報告し寄せられた意見について改善結果を報告している。