第三者評価結果

①第三者評価機関名

株式会社　tsunagu

②施設・事業所情報

名称：　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：　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6-11-1	
TEL：0767-85-2557	ホームページ：https://saharagroup.jp/

【施設・事業所の概要】

開設年月日			
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：	９ 名	非常勤職員：　０ 名
専門職員	介護福祉士	３ 名	名
	栄養士	１ 名	名
	社会福祉主事	２ 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、心と心のつながりを大切にして、人として心からご利用いただいている方々やそのご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

基本理念・基本方針・利用者様家族様アンケートをもとに品質目標を作成しサービスの向上に努めています。

理事長運営のさはらファミリークリニックとの連携により感染対策等を適切に行い、施設内感染防止に努めています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和７年１０月２３日（契約日）～ 令和８年３月１０日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	４回（令和４年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

共通評価

●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、毎年10月から11月にＳＷＯＴ（経営分析表）を作成している。施設の強み、弱み、課題などを抽出し、経営環境の適切な把握、分析に取り組んでいる。また七尾市の人口統計では、能登半島地震以降高齢者も減少していつため、受け入れを広くし、以前は70歳代での入居であったが、現在は80歳代での入居が増え、現在の入居率は100%である。また、体験入居の取り組みなどで待機人数も増えている。

●介護職員を対象に「スキルチェックシート」を活用し、ＯＪＴに取り組んでいる。現在の知識・技術を把握し、助言し、職員の育成に取り組んでいる。また、階層別研修、職種別研修、テーマ別研修は、全職員がオンライン研修に参加している。研修動画を見た後に確認テストを実施し、理解度をチェックし、データとして保存されている。この他、外部研修にも各職員年2回程度は参加させている。

●利用者・家族へ毎年満足度調査を実施している。調査は10の項目プラス自由記載欄が設けられ、集計結果は機関誌やホームページを通じて公表している。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。年2回（4月、10月）懇談会を開催しており、感染予防の観点から、職員と家族のみでの意見交換ではあるが、直接、施設の取り組みを伝える機会や家族からの思いが聞ける機会となっている。

内部評価

●半数以上の利用者が何らかの形で介護保険を利用して生活している。利用者本人からの申し込みの他、行政や病院、地域包括等からの紹介による人も多く、生活相談員は様々な機関との連携を図っている。入居時には希望者の状況を事前調査書にまとめ、利用者の心身の状態、生活習慣、利用者の意向を把握している。また、体験入居を2泊3日でしてもらい、利用者・家族が納得して入居できるような体制となっている。

●利用者の尊厳に配慮した言葉遣いの徹底は、法人の基本方針にも定められていて、毎月の月例会で唱和し、周知するとともに、人事評価の際の面談時にも上席の職員が確認して徹底している。

◇改善を求められる点

●基本的に自立した人の施設であるので、口腔状態及び咀嚼嚥下機能の定期的なチェックは実施していない。協力歯科医療機関等と連携して、口腔内の定期的チェックの実施が望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、4回目の受審を受けました。今後も、事業所の強み・弱みを確認しながらサービスの向上に努めていきます。また、職員育成を計画的に行い安心して生活できる環境作りに努めていきます。

協力歯科医療機関との連携について、検討していきます。

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	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ヶ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、また施設玄関にも掲示している。理念や基本方針は、理事長の年始の挨拶の際、また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。法人広報誌「いしずえ」は能登半島地震以降発行されていないが、今年度発行に向けて準備している。そして、品質マニュアルに沿ったQMS活動、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めているのか、自己評価することで周知状況を確認している。

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	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、毎年10月から11月にSWOT（経営分析表）を作成している。施設の強み、弱み、課題などを抽出し、経営環境の適切な把握、分析に取り組んでいる。七尾市の人口統計では、能登半島地震以降高齢者も減少している。そのため受け入れを広くし、以前は70歳代での入居であったが、現在は80歳代での入居となっており、現在の入居率は100%である。また、体験入居の取り組みなどで待機人数も増えている。
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	「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。 理事会は令和6年度は6回実施（内1回書面）されており、役員間でも共有されている。コストに関するアクションプログラムの途中経過を月例会で説明している。また、年2回の一般職員も参加するMRにおいも、アクションプログラムの取り組み状況も説明し、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。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（MR）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。

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	「中長期目標展開表」により、2025年より2027年の3年間の中長期計画が策定されている。理念に基づき、①サービスの質の向上（基本方針3つの徹底、科学的介護の推進）、②働き方改革（DXの推進による働きやすい職場づくり、③BCPの推進、④収益・コスト、⑤地域福祉活動が経営課題（テーマ）が挙げられ、理念との整合性が取られたものとなっている。2025年以降の測定可能な数値目標として、入居率99%や「オンライン研修受講後にCS3件以上提出」など具体的数値を用いて実施状況が評価できるものとなっている。そしてアクションプログラムなどにより進捗状況を把握し、2025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。
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	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。「2025年度　事業計画」は、「1. サービスの質の向上　1）基本方針3つの徹底　2）科学的介護の推進」など、「2. 働き方改革　1）DXの推進　①クリニックとの情報共有をメールで行うことができる　2）業務内容の見直し　①看護業務の見直しを行う」など、「3. BCPの推進　1）BCPの継続的な見直し、2）周知・訓練・シュミレーション」など、「4. 安定経営のための入居者確保　1）平均入居者数49.5人　2）施設設備の修繕・更新」など、「5. 地域貢献活動の推進　1）介護予防教室　2）環境整備活動など、中長期計画と連動した単年度計画を策定している。また、「事業計画要約・総括表」が作成され、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やMRにより実施状況の評価が行われている。
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	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。事業計画は、月例会で説明し、周知している。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。事業計画の実施状況は、9月頃と2月（総括）頃に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。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。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、MRで報告され、月例会でも報告され、職員への周知や理解を促すための取り組みを行っている。
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	事業計画は、毎年家族会で説明している。令和7度は8月23日に家族会を実施している。その際の資料に写真を入て内容を周知している。また、施設の広報紙「ビハーラ新聞」5月号にも事業計画の内容を掲載している。

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。評価を行う体制として、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り組んでいる。内部監査は年2回実施している。内容の差異はないが、5月は内部監査のチェックリスト、8月は石川県のチェックリストを使用している。そして内部監査の実施報告は、MRにおいて行なわれている。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	MR議事録や満足度調査結果などに、課題が明文化されている。また、第三者評価の結果はSWOT分析に組み込まれている。課題はMRやアクションプログラムの振り返りで検討し、月例会においても職員間での課題の共有化に取り組んでいる。そして、年2回のMRやアクションプログラムなど、職員の参画のもとで改善策が検討され、見直しも行われている。

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」や運営規程の中に明記している。また、自らの役割と責任については、ホームページの「施設長の挨拶」の中で示している。職務分掌等については「品質マニュアル」で文書化され、業務分担についても「職能定義書」に示し、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、「職務権限規程」で明確にし、防災マニュアルや緊急対応マニュアル、BCPにも示されている。
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、利害関係者との適切な関係を保持するため、「品質マニュアルの“購買”」や「経理規程」に基づき、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、4月にオンライン研修により、「倫理及び法令遵守に関する研修」を全職員が受講している。研修の内容は虐待防止・身体拘束禁止、プライバシー保護などである。施設長も4月にコンプライアンス研修を受講している。「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、取り組みを行っている。
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、年1回の満足度調査や年2回の自己評価により取り組んでいる。管理者は、月例会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。職員の意見を反映する取り組みは、人事評価での個人面談、MR、SWOT分析とCS活動などである。全職員が参加し、SWOT分析で課題を抽出し、CS活動で改善提案が行われている。ただCS（改善提案）はなかなか出てこないため、その対策として「研修を受けた後に気づいたことを提案しよう」という取り組みを行っている。職員への研修は、オンライン研修が導入され、充実した研修体制となっている。「教育計画」に基づき実施され、実施の確認も可能となっている。
13	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。	(a)・b・c	人事、労務、財務等を踏まえた分析は、SWOT（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、DXの推進やオンライン研修システムの導入、泉会との共有できるメーリングリストの作成などに取り組んでいる。共有のメーリングリストを作成したことで、入居者の健康状態の把握や体調不良時の対応がスムーズになっている。また、人材育成およびサービスの質の担保のため、法人が作成した動画を視聴するなど、視覚的なツールも導入している。この他、法人の会議、委員会に参加することで、管理者は業務改善やサービスの質の向上に取り組んでいる。

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	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、「品質マニュアルの7.2力量」に示されている。人員体制についての具体的な計画は、事業報告書において理事会で報告している。 効果的な福祉人材の確保の取組みは、法人としてはいろんなことに取り組んでいるが、ビハーラではこの数年職員が定着しており、来年度も新規雇用の予定はない。
15	② 総合的な人事管理が行われている。	(a)・b・c	「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、人事効果に取組み、職員処遇の水準についての評価・分析を実施している。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。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。

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組んでいる。	(a)・b・c	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が、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。労務管理については、「さはらグループ労務内規集」に基づき実行されている。職員の「心身の健康と安全の確保」を目的として、業務改善委員会が月1回開催され、動画を作成しグループ職員全員が視聴することができ、職員に周知されている。職員の悩み相談窓口は、施設長、総務職員であり、総務通信が発行され、健康診断、予防接種、ワーク･ライフ･バランス、メンタルヘルス、制度の改正などについて職員へ情報発信している。職員との個別面談の機会は、人事評価における個別面談が実施されている。福利厚生として、予防接種やワクチン接種は家族も含めて半額補助。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、ノー残業デイ、メモリアル休暇などに取り組んでいる。福祉人材や人員体制に関しては、「中長期　目標展開表」や「2025年度事業計画」などに反映され実行している。福祉人材の確保･定着の観点から、法人としての取り組みとして2009年にISOを取得し、2018年に「石川ワークライフバランス企業　知事表彰」、2021年「石川健康企業宣言」、2023～2025年「石川障害者雇用推進カンパニー」、2023年「石川男女共同参画推進企業」などに取り組んできている。
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	「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、3ヶ月に1回自己評価を行い、自己評価の後に一次評価の面談が年4回実施され、「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。4月から始めて、1月から2月の合議評価、3月に最後のフィードバックなど適切に進捗状況の確認が行われている。
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	「期待する職員像」は、「人事評価表」に「標準行動」、「モデル行動」として明示されている。職員の専門技術や専門資格は、「品質マニュアル」の「7.2　力量」」で明示されている。職員研修は、オンライン研修計画に基づき実施し、計画と実施状況は、「2025年度教育計画」で示されている。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4回のグループ各事業所･施設の長が参加する「人事評価委員会」でも取り組んでいる。
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	職員一人ひとりの知識や技術･資格の把握は、「資格一覧」を作成し、4月と10月にリストを更新し、最新の情報管理に努めている。介護職員を対象に「スキルチェックシート」を活用し、OJTに取り組んでいる。現在の知識･技術を把握し、助言し、職員の育成に取り組んでいる。階層別研修、職種別研修、テーマ別研修は、全職員がオンライン研修に参加している。研修動画を見た後に確認テストを実施し、理解度をチェックし、データとして保存されている。この他、外部研修にも各職員年2回程度は参加させている。また、「のとじま悠悠ホーム」で介護研修が実施される時には、職員を参加させている。
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。4年前に栄養士の実習があったが、それ以来実習の依頼がない。実習の依頼があり受け入れた場合には、適切に対応する体制である。

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	ホームページ上に、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」などにつて掲載されている。但し、法人の広報誌「いしずえ」は、能登半島地震以降休刊しており、今年度より発行する予定である。これまで、法人の存在意義や役割を明確に示していた法人広報誌「いしずえ」が発行されることを期待する。施設の広報紙「ビハーラ新聞」は年4回発行され、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、職員紹介など、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、顧問税理士に毎月会計チェックを受け、この毎月の監査支援で指摘事項があれば、文書で提出される。前年度は指摘事項がなかった。

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ものとする」と明記されている。2025年度の事業計画では、「地域福祉活動の推進」を掲げ、具体的には、介護予防教室や認知症サポーター養成講座等を開催・再開・支援することに取り組むとされている。社会資源情報の発信は、玄関横に各種パンフレットが設置され、かつ、ホーム内の掲示板にも掲載し、利用者への周知につなげている。感染予防の観点から、外食・外泊後5日間は食事の時間をずらすなど、他利用者との接触機会を少なくする対応を取る配慮を行なっているが、自分で運転する方や公共機関を使っての外出は自由に行ってもらい、かつ、法人が準備した福祉バスもあり、通院や買い物へ出かける事が出来る環境である。移動販売や移動銀行もあり、外部との交流機会となっている。また、道路向かいの同法人特養と連携して、地域の祭りや獅子舞などの行事を見学する機会もあり、地域との交遊機会となっている。
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なっている。実習生の受入れについても同様に法人で共通した対応となっている。管弦楽団の演奏ボランティアや毎年高校生のインターンシップを受け入れている。
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	社会資源一覧が作成され、職員に回覧し周知している。法人内に特養、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。最近では、オープンチャットを活用し、外部事業所と気軽に意見交換できる体制も整備されている。
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通じて、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（能登島」への出前講座や「わいわいカフェ（和倉）」のボランティア活動のほか、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能登島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（3日分）、場所）体制も整えられている。能登半島地震を経験し、地域と話し合い、共同防災訓練等の開催意志は互いに確認済ではあるが、現在までに開催までには至っていない。

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、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。全職員が基本理念や倫理規定を書かれた携帯用カードを身に着けている。また、各種会議、オンライン研修、施設長による研修等を通じて職員一人ひとりが利用者本位のケア実践となるよう取り組んでいる。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。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する、インターホンを鳴らす、郵送物は個々の郵便受けにて、利用者自身で管理するなど、プライバシーへの配慮を徹底している。また、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、浴室内の確認は同性が行うようにしている。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・家族へ周知している。

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	ホームページ上には、法人と施設の情報が公開されており、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もしている。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が、感染防止の観点から、館内の立ち入りを制限しており、タブレットにて画像を用いた説明も行っている。家具や寝具、電化製品等が備付けられた体験室があり、施設に興味ある方の多くが体験入居されている。
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。要介護認定の申請や施設の移行などのサービス変更の場合には、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役を担い、切れ目のないスムーズな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、施設への移行については生活相談員が窓口となり、入院等の場合は、嘱託医が対応している。施設長は看護師であり、どちらの場合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、能登地区の病院・施設の共通用紙である「介護医療連携用紙」を使って情報提供している。移行や入院により退去する場合は、退去届書があり、その中に「退去後介護等でお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」と明記され、退去後の窓口を伝え、コピーを渡している。
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	利用者・家族へ毎年満足度調査を実施している。利用者への調査方法は紙配布が基本ではあるが、難しい方には職員が聞き取りを行うなど臨機応変に対応している。調査は10の項目プラス自由記載欄が設けられ、集計結果は機関誌やホームページを通じて公表している。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。年2回(4月、10月)懇談会を開催しており、感染予防の観点から、職員と家族のみでの意見交換ではあるが、直接、施設の取り組みを伝える機会や家族からの思いが聞ける機会となっている。日頃から利用者から直接に相談や意見を出してもらうことが多く、できる事はすぐに、時間がかかる時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。
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	苦情の体制が整備されており、ポスター掲示や重要事項説明書への記載により利用者に周知・説明されている。意見箱の設置はあるが特に意見は寄せられておらず、日々のコミュニケーションの中で、利用者からの思いが確認できており、また、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。
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	重要事項説明書に、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の連絡先が記載されている。生活相談員以外にも相談があれば、どの職員も柔軟に対応している。相談室はあるが、全室個室の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。
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	日常的な相談や意見聴取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り、柔軟に対応している。ケアマニュアルには相談を受けるときはプライバシーに配慮をすること、話し合う時の角度は90度を意識すること、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。 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。

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	リスクマネジメント責任者は施設長であり、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。オンライン研修にて、リスクマネジメントに関する学習を行なっている。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。
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	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、看護師である施設長がその都度感染対策について指導を行っている。マニュアルは委員会の方で毎年見直しを行っている。予防接種や毎日の検温、手洗い、消毒継続して行っている。昨年は七尾市の病院から看護師を招き、感染対策の研修を開催し、感染予防体制の強化に努めている。また、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随時行われている。
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行っている。	(a)・b・c	3ヶ月毎に開催している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。年2回行う防災訓練には、毎回消防署を呼んで実施している。毎年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。備蓄品の管理責任者は施設長が行っている。

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（自己評価）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、各自の確認・気づきにつながっている。
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にて検証及び見直しを行っている。年2回の家族懇談会の開催や満足度調査の実施、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努めている。
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、ビハーラでは独自の取り組みとして、「cogevo（コグエボ）」という「空間認識力」「注意力」「記憶力」「見当識」「計画力」という5つの項目による認知症機能のテストを行っており、5つの認知機能と低下時のリスク把握に努めている。
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	認知症機能テストの流れとしては、体験入居時に実施し、以降は3ヶ月毎に実施、実施後に記録推移をもとに、施設内で検討を行い、検討会にて自立生活が難しくなってきた、介護サービスの利用必要などとなれば、その後に適切な関係機関につなげるなどの連携を図っている。
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にて管理され、記録の中で申送りが必要なものは、申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、伝達漏れが生じない体制となっている。 記録する職員間で記録内容に差異が生じないよう、「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なっている。情報共有は、法人内で社内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」の様式を用いて連携している。
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、近年はSNS対策にも力を入れ、オンライン研修も取り入れながら、情報管理には一層の高い意識を持って取り組んでいる。

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目指す状態

※　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	定員50人のケアハウスであるが、半数以上の利用者が何らかの形で介護保険を利用して生活している。利用者本人からの申し込みの他、行政や病院、地域包括等からの紹介による人も多く、生活相談員は様々な機関との連携を図っている。入居時には希望者の状況を事前調査書にまとめ、利用者の心身の状態、生活習慣、利用者の意向を把握している。また、体験入居を2泊3日でしてもらい、利用者・家族が納得して入居できるようにしている。利用者の病気や介護度に応じた支援として、受診の支援やケアマネ、居宅サービス事業者との連携も大切な業務となっている。 日々の活動メニューとしては、百歳体操、ラジオ体操、カラオケ、書道、貼り絵、脳トレ等を用意して利用者に楽しんでもらっている。
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	三度の食事、レクの時間、体操の時間、入浴の時等には利用者に対し声かけをして、コミニュケーションを図っている。夜勤時には、3回の巡回を行い利用者の確認と声かけをしている。利用者満足度調査を活用して、利用者の思いや希望を把握してケアの見直しに反映させている。利用者・家族とのコミュニケーション、利用者の特性に応じたコミュニケーションをとることについて、スキルチェックシートで職員各自が確認するシステムとなっている。 利用者の尊厳に配慮した言葉遣いの徹底は、法人の基本方針にも定められていて、毎月の月例会で唱和し、周知するとともに、人事評価の際の面談時にも上席の職員が確認して徹底している。 利用者の中に高次脳機能障害の方がいて、その方に対しては指差しや短文を活用するコミュニケーションを工夫している。
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	運営方針に「ご本人の尊厳と自主性の尊重を基本として生活支援を行う事」が明記されている。身体拘束廃止や虐待防止について、同一法人の特別養護老人ホームと共同で委員会を持っている。マニュアルには止むを得ず身体拘束を行う場合の手続きや、虐待が万が一にも発生した場合には行政に届出・報告すること等について明記されている。現在のところそう言った事例はないが、委員会の他職員研修や定例会などを通じて常に検証を行って防止に取り組んでいる。 利用者の中で、2名の方が成年後見制度を活用しており、制度の理解も進んでいる。

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	共有スペースは、毎日職員が清掃してきれいに管理している。居室内は、基本自己管理であるが、ホームヘルパーに掃除を依頼している人も多い。居室は、全室海側に面し能登島大橋と七尾西湾が眺望でき、十分な採光がある。各階にランドリー、ゴミステーション、談話コーナーが設置してあるほか、一階には図書室や家族との面談室、仏間等があり、利用者は自由に利用することができる。 利用者には居室に、使い慣れた家具や電化製品を持ち込んでもらい、これまでの生活の継続性に配慮した支援を行っている。

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。	(a)・b・c	入浴は水曜、日曜以外は毎日可能となっている。入浴前には血圧を測定して、いつもより高い数値の時には職員が声かけをして注意している。利用者の中には要介護認定を受けている人も多く、ホームヘルパーや訪問看護を使って、入浴介助してもらっている。また、デイサービスで入浴をしている利用者もいる。浴室には、シャワーチェアや手すり、脚台等を準備している。感染対策として密にならないように、同時に2名までで入浴するように職員が調整している。
A⑧	② 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	(a)・b・c	居室には、トイレやナースコールが設置されている。ホームヘルパーによる介護を受けている人で、自室でポータブルトイレを使用する人や、車いすの方のためには、1階に車いす対応型のトイレを用意している。 自然な排泄ができるように、ラジオ体操や百歳体操を実施し、毎食後、体操の後、入浴の後には水分補給をしてもらっている。 利用者の使っている外部サービス事業者（ホームヘルパー、訪問介護ステーション、デイサービス、ケアマネジャー等）と情報共有したり担当者会議に参加して、利用者の支援方法について検討・見直しをしている。
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。	(a)・b・c	できるだけ自力での移動が継続できるように、ラジオ体操や百歳体操を取り入れて、利用者に参加してもらっている。移動に直接介助が必要な人は、外部サービスを活用するが、施設内にも備品として、車いす、歩行器、シルバーカー等を準備している。 移動に困難さがある方には、食堂の場所や動線への配慮をしている。法人全体の移動支援として、「福祉バス」があり病院受診だけでなく、郵便局やスーパーへの買い物等にも利用することができ喜ばれている。
A－3－（2）			
A⑩	① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	(a)・b・c	給食は外部委託となっているが、職員が毎年献立についての聞き取りによるアンケート調査を実施している。その統計結果はホームの入り口に貼り出し、委託業者に検食の結果等とともに伝えて、今後の献立に反映されている。食堂は、天井が高く、窓は前面ガラス張りとなり採光も申し分のないようになっている。また、スペースもゆったりととられて、歩行器や車いすの方でも支障のないようになっている。 日曜の朝はパン食が提供されて、毎月の誕生会の時にはメインの食事を選択できるようになっている。ちなみに今月は、牛丼かかに玉のどちらかを選択となっている。
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。	(a)・b・c	食事の開始時間は朝食が7：30、昼食は11:30、夕食は17:30となっているが、終了の時間は利用者の食べる速さに合わせている。逆に早食いの人には、ゆっくり食べるように声かけをしている。 誤嚥・窒息等事故発生時には、緊急時対応マニュアルに基づいた研修を実施して職員一人ひとりのスキルアップに努めている。利用者の心身の状況に合わせて、刻み食、粥食の提供も行っている。また、食事介助が必要な人は、外部サービスの利用に繋げて、ホームヘルパー等を利用している。
A⑫	③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a・(b)・c	口腔ケアについては、食後に「歯磨きをしましょう」という声かけを行っている。職員研修として今年度は、歯科医師による研修を受講しているほかに、eラーニングで口腔ケアについて学んでいる。介護サービスを使っている人には、ホームヘルパーやケアマネと連携して、必要な場合には歯科受診の手伝いをしている。また、自立している人には、本人からの「歯が痛い」「入れ歯が都合悪い」「食べにくい」等の訴えを聴き取り、「福祉バス」を使って歯科受診できるように予約している。 基本的に自立した人の施設であるので、口腔状態及び咀嚼嚥下機能の定期的なチェックは実施していない。協力歯科医療機関等と連携して、口腔内の定期的チェックの実施が望まれる。
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。	a・b・c	非該当
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。	(a)・ b ・ c	日々の活動メニューとしては、百歳体操、ラジオ体操、カラオケ、書道、貼り絵、脳トレ等を用意している。また、認知機能チェック・トレーニングツール（コグエボ）を,ゲーム感覚で楽しみながらの介護予防活動も行っている。デイケアに通っている人へは、デイケアのリハビリ職が居室まで訪問してくれ、部屋の様子を見てその人に合った機能訓練や介護予防活動ができるように助言してくれている。 コグエボの前回との比較や、長谷川式の結果、日々のかかわりの中で明らかに判断能力や認知機能の低下がみられるときには、嘱託医に連絡して治療に繋げている。
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。	(a)・ b ・ c	認知機能チェック・トレーニングツール（コグエボ）を3カ月毎に全員に実施して、前回との比較により利用者ひとり一人の日常生活能力の把握を行っている。また、長谷川式スケールも実施して、それらの結果は家族、ケアマネ、介護サービス事業者と共有し、必要であれば嘱託医に繋げている。 認知症の人への対応として、例えば幻覚や幻視のある人に対しては、否定せずに寄り添ってよく話を聴く姿勢で接している。居室には、馴染みの家具を持ってきてもらい居室が落ち着ける空間となるようにしたり、大きな表札を作り自分の部屋であるという事を認識しやすくしたりという配慮を行っている。
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。	(a)・ b ・ c	月例会（職員会議）の時に、施設長が看護師として研修を行っている。法人理事長は医師で、利用者の多くはそこに通院しているため、医療機関との連携はスムーズに行えている。精神科の医師も往診してくれ、緊急時も対応してくれるため医療機関との連携体制は確立されている。毎日体温を測定・記録し、食事等直接利用者とふれあう機会には、目視による観察を行い、体調変化や異変に気付くように努めている。 薬は、薬局が配達してくれて利用者が自己管理しているが、不安のある人は施設の方で預かり、食事の時に渡している。
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。	a ・ b ・ c	非該当

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。	(a)・ b ・ c	利用者が受診した時や体調変化時には、架電による連絡・報告をその都度行っている。機関誌（ビハーラ新聞）が出来た時には家族へ郵送して、事業所の取り組みを伝えている。郵便、電話以外に、最近ではメールやズーム等も活用して家族と連絡を取っている。家族への働きかけとしては、この他、満足度調査や家族懇談会がある。昨年は能登半島地震のため、実施できなかったが、今年度は満足度調査を実施して、館内に掲示されている。家族会でも、満足度調査の報告、年間の行事の報告、会計について等、様々な報告が行われている。当日会場参加できない人のために、オンラインでの参加もできるように配慮している。満足度調査では、多くの家族が、施設に満足をしていることが見て取れた。