

(様式第2号)

福祉サービス第三者評価結果報告書

①第三者評価機関名

公益社団法人岡山県社会福祉士会

②施設・事業所情報

名称：地域密着型特別養護老人ホームくらしき日和平田・ポジリハシヨート平田	種別：地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護・短期入所
代表者氏名：施設長 山川恭子	定員（利用人数）：29名
所在地：倉敷市平田855	
TEL：086-430-4500	ホームページ ： https://soushin-fukushikai.org
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 2019年4月1日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 創心福祉会	
職員数	常勤職員：15名（日和） 非常勤職員：9名（日和）
	常勤職員：4名（ポジリハ） 非常勤職員：1名（ポジリハ）
専門職員	看護師4名（日和） 施設介護支援専門員1名（日和）
	管理栄養士1名（日和） 介護福祉士8名（日和）
	生活相談員1名（ポジリハ） 歯科衛生士1名（日和）
	介護福祉士3名（ポジリハ） 看護師1名（ポジリハ）
施設・設備の概要	（居室数） （設備等）
	【くらしき日和平田】 個室29室 【ポジリハシヨート平田】 個室10室 【くらしき日和平田】 <各ユニット> 障害者用トイレ3カ所 個浴（チェア浴）1カ所 洗濯室・洗面台 【ポジリハシヨート平田】 障害者用トイレ3カ所・個浴（チェア浴）1カ所・洗濯室1カ所・洗面台2カ所 【くらしき日和平田・ポジリハシヨート平田共通】 医務室・特浴（寝台浴）1カ所・平行棒・助木・バイク運動器・相談室・カラオケ室・更衣室・理美容室・休憩室2カ所・宿直室1カ所・地域交流スペー

③理念・基本方針

＜経営理念＞

- ・私達は、心に添った本物ケアで心豊かな生活を創造します
- ・一致団結して「やるべきことを、ご機嫌な状態でちゃんとする」

1. 時流適応 2. ビジネスライン&プロセスを整える 3. イノベーションスピリッツに点火 4. 支援本部の強化

＜経営目標＞

予防から終末期までのケアを住み慣れた地域で完結するために、リハビリテーション理論に基づいた包括的本物ケアシステムを構築・提供・発信・普及して、ケア革命を起こすことが目標である

④施設・事業所の特徴的な取組

【くらしき日和平田】

3つのユニットは「リハビリ」「認知症対応」「中重度対応」と別々のコンセプトを持ち、一日の流れも活動性もユニットごとに少しずつ違いを出しています。日中活動して、夜間はしっかりと眠れるようにすること、いつまでも口から食事を楽しんでいただけるように、口腔ケアをしっかりと行うことを中心に支援しています。看取りも行っていますが、在宅復帰を見ずえて、前述のような活動性を促す取り組みをしています。

【ポジリハショート平田】

ショートステイ利用中に、生活リズムを安定させたり、栄養、口腔、運動、活動をバランス良く提供し、良質な睡眠を促す取り組みをしています。在宅に帰られたのちも、その状態を継続できるように取り組んでいます。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	2021年8月1日（契約日）～ 2021年1月21日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0回（ 年度）

⑥総評

◇特に評価が高い点

I. 福祉サービスの基本方針と組織

法人としての経営理念や目標がはっきりと表明されています。社員全員がその理念と目標に向かって進んでいくように、毎月一度社長から話をされており、職員全員に伝えられています。経営課題については、各部署から改善案を提出しています。また、役員会では数値により分析された経費の見直しや稼働率、サービスの内容について具体的な改善計画が立てられています。

II. 組織の管理運営

毎月の会議により、福祉サービスの質の向上を目指した運営がされています。また、職員の一人ひとりが目標を持って働けるような人事考課が行われています。さらに、地域との交流や福祉のニーズに対応するために、町内会や老人会、公民館と積極的に関わる努力がされています。

III. 適切な福祉サービスの実施

【くらしき日和平田】

権利擁護に関する研修予定を年間を通し、多く開催してします。実務では法令で定める通りの支援計画策定の様式だけでなく、アセスメント手法もMDS-HCを用いより深く問題点を抽出し、各専門職で共有し解決する体制が取られています。また、プライバシー保護では入浴を担当する職員を基本的に1人で対応する事や、随所に仕切りがある点で設備面と運用面で考慮されています。

【ポジリハショート平田】

受審施設の指定である地域密着型特別養護老人ホームにて法令で定める通りの支援計画策定の様式だけでなく、アセスメント手法もMDS-HCを用いて、より深く問題点を抽出し、各専門職で共有後解決する体制が取られています。プライバシー保護では入浴を担当する職員を基本的に1人で対応する事や、随所に仕切りがある点で設備面と運用面で考慮してされています。

A-2. 環境の整備

環境に配慮した最新の機器(部屋の温度を変えずに換気が可能な換気扇、脱臭効果の高い換気システム、ウイルス除去対策の空気清浄機、リフト浴機器、夜間睡眠見守りシステムなど)が上手く活用されており、利用者や家族、職員にとっても居心地の良い環境が整えられています。

A-3. 生活支援

日常生活における支援方法の職員間での統一、節度ある話し方や丁寧な言葉づかいによる利用者の尊厳を尊重したコミュニケーションが行われており、体調の変化が起こった際のシュミレーション訓練も行われ、家族が安心して利用者を任せられる支援が行われています。

A-4. 家族等との連携

コロナ禍においても利用者と家族がつながりをもてるよう、SNSやLINEアプリ、メール、写真などを活用し利用者の状況を分かりやすく伝えようとする工夫が行われています。

◇改善が求められる点

I. 福祉サービスの基本方針と組織

理念と目標、事業計画が利用者や家族に周知されていません。広報誌や家族会の場でわかりやすく説明されてはいかがでしょうか。また、様々な良い取り組みをされていますが、取り組んだ内容や評価による見直しなど、ほとんどがデータ化されており、気軽に読むことができない状況です。印刷して保存した方が良い書類もありますので、ご一考ください。

II. 組織の管理運営

ボランティアに対応したマニュアルが作成されていません。受け入れ手順や事前説明がスムーズに行えるよう、マニュアルの作成が望まれます。

III 適切な福祉サービスの実施

【くらしき日和平田】 【ポジリハシヨート平田】

パンフレットの構成として写真も多くきれいに作成されていますが掲載施設数が多く戸惑う方も多いのではないのでしょうか。また、コロナ禍でもありますが、地域の方たちとの交流が少ない様です。パントリーや防災訓練で参加の声掛けを行っていますが出ていない事が惜しまれます。

A-1. 生活支援の基本と権利擁護

日々の支援場面では、利用者一人ひとりに対して尊厳に配慮した接し方や言葉づかいが徹底され、権利擁護についての規程やマニュアルも整備されており、権利侵害などの発生はありません。今後も継続的に権利擁護に関する意識と理解を高め、権利侵害を発生させない組織づくりと対応方法の周知・徹底を図るため、規程やマニュアルの内容をより分かりやすくし、職員が理解しやすく定期的な改訂を行っていくことが望ましいと考えます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この度の評価をもとに、できていなかった対応は早急に準備して行っていきます。法人としての役割を果たせるように、外部からの意見や指導をしっかりと受け止めて今後も地域の方々に必要とされる施設になれるように考えて参ります。働いている職員の育成も、地域で大切な人財となれるように推進して参ります。

⑧第三者評価結果（別紙）

(別紙)

第三者評価結果【高齢者福祉サービス版】

その1：共通評価項目

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
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>ホームページに経営理念と経営目標が記載されています。職員は年に一度会社全体での集会で経営者自ら理念と目標を周知しています。昨年と今年はオンラインで行われました。しかし、利用者と家族には伝えられていません。今後は家族会などでわかりやすく話をされたり、施設広報で周知を図られてはいかがでしょうか。</p>		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
I-2-(1)-① 事業経営を取り巻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><コメント></p> <p>2か月に一度、倉敷市の介護保険課、高齢者支援センター、老人会会長、民生委員、近隣の地域密着型特別養護老人ホーム施設長を招き運営推進会議が行われています。その際に地域の状況を把握し、福祉ニーズなどのデータが収集されています。また、定期的にコスト分析や利用者数の推移、利用率の分析が行われています。</p>		
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。		a・b・c
<p><コメント></p> <p>経営の安定化のために理事長、理事、営業本部長、支援本部長、施設長、各部門責任者が参加して売上実績と予算、3か月予測や中期経営計画の進捗状況を話し合っています。また、各部署で会議を行い経営状態を伝えて改善策を出してもらっています。年度末には、予算を達成するための振り返りが行われており、①良かった点、②悪かった点、③予定どおりだった点が話し合われています。</p>		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
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。		㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>「創心福祉会3カ年中期経営計画」が作成されています。そこには、経営理念の実現に向けた法人が果たすべき使命と社会への貢献の方法が示されています。また、経営課題の累積損失一掃の工程表により、具体的な収支計画となっています。</p>		
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。		㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>法人としての単年度計画書には、安定した経営、人材確保及び育成、サービスの質の向上、地域連携が示されています。受審施設の計画内容は、運営基本計画、処遇方針、地域との連携、環境整備、事業計画、研修の計画、待機者・申込者様への対応となっており、中期計画を踏まえた計画となっています。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
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。		a・b・㉒
<p><コメント></p> <p>半年に1回、数値や職員の意見を各部門のリーダークラスの話し合いから出し、次の半期の評価の修正と見直しを行っているとのことでした。しかし、実際には事業計画は、前年度と同じ内容であり見直しした内容とはなっておらず、適切な事業計画が立てられていると評価できません。次年度からは、より詳細な事業計画を作成されることを望みます。</p>		
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。		a・b・㉒
<p><コメント></p> <p>事業計画は、利用者や家族には周知されていません。今後、ホームページに記載を予定されていますが、それだけでなく利用者にはわかりやすい資料を作成したり、家族会などで内容を話される事を期待します。</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
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。		
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。		a・b・c
<p><コメント></p> <p>毎月会議が行われ、言葉遣いの注意点、寝たきりや褥瘡をなくすこと、経口摂取や口腔ケアについてなどの具体的な支援方法の話し合いにより、標準的な支援と個別の支援を向上しようとされています。また、利用者の状態悪化は施設への信頼が低下するので、改善していくように受審施設全体で取り組まれています。しかし、文書として確認することができませんでした。今後は電子データとしてのみ残すのではなく、必要に応じて紙ベースで保存されてはいかがでしょうか。</p>		
I-4-(1)-② 評価結果に基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。		a・b・c
<p><コメント></p> <p>自己評価は行われていません。今回の第三者評価の結果により課題を明確にされることで、さらに福祉サービスが向上されることを期待します。</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
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
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。		a・b・c
<p><コメント></p> <p>朝礼の場で、責任者としての考えを話されています。また、毎月のセンター会議では各部門の参加者に災害やリスク管理について伝えられています。さらに、サービスの質の向上計画を遂行するよう指導されています。但し、職務分掌規程はありますが、今後は非常時における管理者不在時の権限委任を明確化し、利用者や職員の安心につながる取組をされるよう望みます。</p>		
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。		a・b・c
<p><コメント></p> <p>年に1回、会社全体で各施設管理者に福祉サービスに関する法令について研修が行われており、それをもとに職員に伝達されています。雇用・労働・防災の法令は、会社として遵守するようにコンプライアンス規程が策定されています。また、環境に配慮した法令に関しての取組は、社会的ルールにのっとり、受審施設として実施されています。今後は、職員に対して法令順守に関する研修を検討されてはいかがでしょうか。</p>		

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	
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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>管理者は、介護職員だけではなく、様々な職場・職種の職員から忌憚のない意見が気軽に話せる姿勢を持たれており、出された課題を把握し改善に取り組まれています。しかし、課題や取り組みの記録は電子データで保存されており書面として残されておりません。意見を述べた職員がその改善結果を気軽に閲覧できるよう、印刷されることを考えられてはいかがでしょうか。</p>	
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。	④・b・c
<p><コメント></p> <p>中期経営計画に盛り込まれている経営改善に向けて、人件費削減ではなく、日常業務における費用削減に取り組まれています。このことから、経営理念である「私達は、心に添った本物ケアで心豊かな生活を想像します」の実現に向けて、まず職員が働きがいのあるように技能や能力を見極めて、各々の資質の向上に取り組まれているのが確認できます。</p>	

II-2 福祉人材の確保・育成

	第三者評価結果
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。	
II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	④・b・c
<p><コメント></p> <p>職員が法人内の他の施設へ移動になる場合や、結婚・出産で人材不足になることが考えられるために、常にホームページで募集をされています。社内資格の生活力デザイナー制度、パートナー制度、あっぱれ制度を設ける事により職員の定着率が高まる取り組みをされています。</p> <p>※生活力デザイナー制度とは、リハビリテーション理論や運動療法、利用者と一緒に生活目標を計画・立案する手法や専門知識を学ぶ制度である。</p> <p>※パートナー制度とは、1人の新人スタッフに1人の先輩がパートナーとしてつき、仕事やプライベートについて一緒に解決し、先輩とともに育つ共育システム制度である。</p> <p>※あっぱれ制度とは、他者への感謝や業務改善の提案により「あっぱれ貨幣」という社内通貨がもらえ、それを景品と交換できる制度である。</p>	
II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	④・b・c
<p><コメント></p> <p>人事基準は明確に定められており、職員に周知されています。採用に当たっては求める人物像をホームページで熱く示されています。また、II-2-(1)-①とII-2-(3)-①で述べているように職員の納得する人事考課制度が確立されています。</p>	

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>有給休暇の取得状況、就業状況は書面により確認しました。今年から2カ月に一回定期面談をしており、職員の意向を聞く体制が整っています。また、ストレスチェック制度実施規程により、年に一度すべての職員がストレスチェックを行い、メンタルヘルス予防に努めています。</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。	
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>ステップアップのため、毎年7月に職員全員が係数目標、プロセス目標、行動目標を提出されています。期末評価では本人と上司2名が考課を行い、結果に対する本人のコメントと、2名の上司のコメントが記載されています。また、新入職員の3カ月育成スケジュールが策定されており、介護施設職員として必要な資質の育成がなされています。</p>	
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。	a・㉑・c
<p><コメント></p> <p>事業計画に介護者として必要な研修計画が策定されており、施設長からその都度、各職員に研修を受けるよう伝えてられています。研修記録はありましたが、一人ひとりの職員に対する研修計画が立てられておらず、体系化されていません。今後は施設の目的や個人の目標に沿った年間の研修計画を立てられることを望みます。</p>	
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。	a・㉑・c
<p><コメント></p> <p>パートナー制度により、新任職員に先輩職員がつき仕事面・精神面のフォローが行われています。また、3か月間の育成スケジュールにより、理念、接遇、サービスの習熟が図られるようになっており、さらに介護福祉士などの国家資格取得が推奨されています。今後はII-2-(3)-②で述べたように研修計画の体制を整え、各職員の研修成果の評価、分析が行われることを期待します。</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。	
II-2-(4)-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・㉑・c
<p><コメント></p> <p>開設して3年目という事で、看護実習生に対応したマニュアルだけが作成されています。また、学校と連携した育成プログラムが作成されています。これから、社会福祉士の実習生を受け入れる体制を整備すると伺いました。順次、様々な職種の実習生が受け入れられるようになる事を期待します。</p>	

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
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。		
II-3-(1)-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><コメント></p> <p>地域へ向けての情報は、2か月に1回行われている運営推進会議で活動報告や広報誌を配布されています。また、現在のホームページには事業計画、事業報告、予算、決算の情報は公開されていませんが、更新後は公開の予定と伺いました。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>職務分掌規程と、職務権限規程が策定されており、職員全体に周知されています。内部監査規程はありますが、開設3年目という事もあり受審施設の内部監査は行われておりません。</p>		

II-4 地域との交流と連携・地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
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。		a・b・c
<p><コメント></p> <p>受審施設で行ったお祭りに地域の人々が来たり、小学校で開催された地区運動会に参加しています。また、春にはユニットごとに花見に行っています。しかし、開設してすぐにコロナ禍となり、地域交流は難しいのが現状です。</p>		
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。		a・b・c
<p><コメント></p> <p>ボランティアの受け入れ記録はありますが、マニュアルの作成はされておらず、事前説明やボランティア対応の研修はされていません。今後はマニュアル作成により、明確な受け入れ手順を示されてはいかがでしょうか。</p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
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。		a・b・c
<p><コメント></p> <p>社会福祉事業に関わる機関、医療機関がリスト化されています。在宅復帰を目指した介護サービスをされているので、そのアフターケアのためにも、老人会や町内会、民生委員との地域ネットワーク構築の強化を期待します。</p>		

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	
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。	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>定期的な運営推進会議や季節ごとのイベントを開催されていますが、開設3年目であることやコロナ禍であるという社会状況、地域的な特徴により近隣の認知度が低いのが現状です。これから社会が通常の状態に戻り、人々の心に余裕ができてくるのにもなって、受審施設の努力が報われることを願います。</p>	
Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が行われている。	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>事業計画には認知症サポーター養成講座や認知症カフェ、非常災害時避難訓練、秋祭り開催などの地域連携計画が立てられています。今年度は受審施設の地域交流スペースで「困ったときはおたがいさま」という気持ちで、企業や家庭に余る食材と生活雑貨を無償で提供する「パントリー平田」が開催されます。また、駐車場では近くの高校の吹奏楽部の演奏も予定されています。しかし、Ⅱ-4-(3)-①で述べたように、限られたイベントしか開催できない状況にあります。行政の力や受審施設の取り組みにより、地域の方々とのつながりが深められるよう期待します。</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
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	
Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解を持つための取組を行っている。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>研修計画実施報告書にて身体拘束・後見人制度など多分野の研修を年5回以上は行っています。報告書では今回足りなかった点や次回の研修で補う点を抽出しており、組織として共通の意識を持とうとしています。共通の意識の確認では、年に1回職員面談を施設長が行う事で確認をしています。</p>	
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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>入居契約書説明時に「個人情報の取り扱い同意書」を用いて、利用者・家族にプライバシー保護に関する受審施設での取り組みと考え方を伝えています。職員に対しては入職時のオリエンテーションで法人としてのプライバシー保護研修を行っています。また、入浴など着替えを支援する介護では、脱衣場に対象者以外利用しない体制をとっていました。</p>	

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。

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。

a・b・c

<コメント>

コロナ禍以前は見学希望者も多く随時対応していた記録があり、施設長・ケアマネージャーが個別に対応しています。居宅介護支援事業所からのパンフレット希望も多く、様々な場所で施設紹介をしています。パンフレットでは大きな字体と写真入りで紹介を行い、多くの人に解り易い内容となっていますが、紹介施設数が多く目的を限定している方にはわかりにくくなっています。

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・b・c

<コメント>

サービス開始時、利用契約書・重要事項説明書と法令と組織が定める書類はすべて揃えています。利用者家族に説明を行った氏名を表記しており、利用料金での齟齬が起きないようにしています。支援計画書でもサービス変更時利用者がサインできない場合でもその理由を記入し計画を実施しています。

Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等に当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

<コメント>

【くらしき日和平田】

開設以来事例は無いとの事ですが、入院時では入居中の様子が入院先へわかる様に、受審施設が定めた様式にて情報提供を行っています。その際、特記事項も定め利用者処遇に配慮しています。サービス終了時では施設長・ケアマネージャーが窓口になっていますが、内容がわかる文面は見受けられませんでした。

【ボジリハショート平田】

利用開始・終了までの様子を受審施設が定めた様式にて家族・居宅ケアマネージャーに文書を渡し、家での生活を再度不具合がない様に情報を提供しています。サービス終了時では施設長・生活相談員が窓口になっていますが内容がわかる文面は見受けられませんでした。

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。

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。

a・b・c

<コメント>

【くらしき日和平田】

定期的な支援計画でのモニタリングを行い、利用者個別での満足度を認識できるようにしています。その際に抽出した問題点をユニットミーティングで挙げ、利用者に関する全職員で統一した解決策を支援計画書に反映しています。新たに計画した支援計画書では、利用者・家族に書面と口頭で説明を行い満足度の上昇に努めています。

【ボジリハショート平田】

利用中・利用後に利用者からの意見が伺える様に居宅ケアマネージャーに利用者満足度の聞き取りを行っており、多方面から利用者の状態を把握しています。複数回利用する方では、在宅での担当者会議に施設相談員が出席し、内容を受審施設のカンファレンスで伝達しています。

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。

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。	①・b・c
--------------------------------------	-------

<コメント>

開設後、苦情回数は少ないようですが、専用ファイルを作成し管理を行っています。入所時に施設説明を行う際に苦情申し入れの担当窓口・申し入れ方法を文書を用いて説明し周知を行っています。対応は施設長・ユニットリーダーが中心になって行い、対応した一連の流れを時系列に表記し保存しています。また、内容を運営推進会議で報告をしていました。

Ⅲ-1-(4)-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。	①・b・c
--	-------

<コメント>

【くらしき日和平田】

入所開始時に相談窓口が施設長・ケアマネージャーであることを重要事項説明書に記載しており、その他にユニットリーダーも相談窓口でもあることを計画書作成時の担当者会議にて口頭で説明していることを担当者会議会議録で確認しました。入居の居室は個室でもあり、担当者会議では主に居室を使用することが多いとのことですが、希望があれば1階の相談室をいつでも使える体制をとっており、柔軟に対応しています。

【ポジリハショート平田】

利用開始前の契約時に文章と口頭で相談窓口が複数あることを説明しています。1階の相談室フロア外に相談スペースがあり、いつでも利用可能となっています。また廊下に相談方法の文書を掲示しており利用者・家族の目に留まりやすくなっています。

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。	①・b・c
---	-------

<コメント>

利用者からの意見を積極的に把握するために支援計画書でのモニタリング結果をユニットミーティングに議題で挙げ、利用者からの意見を職員が把握できる体制がとられています。介護経過記録に何時・誰が聞きどこに報告したのかを記載しており、ユニット職員が解る様にしています。内容によって施設長・ケアマネージャーまで報告が上がるようになっており、迅速な対応をとっています。

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。

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。	①・b・c
---	-------

<コメント>

事故防止委員会を設置し、責任の所在が明確となるような体制をとっています。事故が起こった時の対応はフローチャートに沿って動くことを文章化し、一目みて対応できる体制がとられています。事故につながるヒヤリハット報告書についても、当日に施設長まで報告し周知を図っていました。

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・b・c
<p><コメント></p> <p>看護師が中心となり感染防止委員会を設置し、月1回の委員会を開催しています。インフルエンザやノロウイルスなどの感染防止といった季節に応じた内容となっており、議事録を各管理者が閲覧後押印し伝達の漏れが無い様に管理しています。施設年間計画で感染防止研修に参加した職員は、ユニットミーティングにて伝達を行い受審施設全体での共通認識を持つようにしています。</p>	
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>防火防災計画書を既定の通り作成し、定期的な訓練実施にて災害時対応に備えています。備蓄用品では施設長管理のもとに2~3日分の水と食品を保管し、他職員にも在庫が解る様に管理表を作成しています。消防署と警察署との緊急連絡を定めた様式はありましたが、地域住民の防火訓練の参加実績はありませんでした。</p>	

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
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。		
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。	a・b・c	
<p><コメント></p> <p>【くらしき日和平田】 MDS-HCというアセスメント手法を使い、利用者の入居生活を続けていく上で困難な点を挙げ、支援計画作成時に反映するようにしています。また、利用開始前に担当者会議およびカンファレンスを開き、アセスメントシートを基に共通の姿勢で福祉サービスを利用者が受けられるようになっていきます。また、法令が定める通りにモニタリングを実施し、内容に不具合がないか点検を行っています。</p> <p>【ボジリハショート平田】 居宅介護計画書を基に担当者会議が開かれ、短期入所計画書を作成しており、在宅時での計画書と差がない様に立案しています。利用前にショートステイ中の留意点が周知できる様に文書化し、ユニット職員が閲覧後サインする体制を取っています。</p>		

<p>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。</p>	<p>①・b・c</p>
<p><コメント></p> <p>【くらしき日和平田】 法令の定めるとおりにモニタリングを行い、支援計画作成時に次回の計画作成時期を3か月以内という短期間で定め、変更時期を柔軟に運用できるようになっています。また、利用者の個別性に視点を置き、各分野の専門職員がカンファレンスに参加し担当者会議を開催しまとめる仕組みをとっています。表出した問題点は変更した支援計画書に反映されました。</p> <p>【ポジリハショート平田】 短期入所計画書を作成し、モニタリングしプラン再立案の行程を法令の通り組織的に定めています。居宅介護計画書との連動に留意し、担当居宅ケアマネージャに聞き取りを行っています。介護実施方法では必要な介護について一覧表作成し、定期的に確認を行っています。</p>	
<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。</p>	
<p>Ⅲ-2-(2)-① アセスメントに基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>	<p>①・b・c</p>
<p><コメント></p> <p>【くらしき日和平田】 支援計画についてはケアマネージャーが制度に基づき策定し、立案までにアセスメントを行い、確実に問題点を抽出する方法が取られています。作成した支援計画原案を各分野を担当する職員で検討を行った後に、利用者と家族に説明し同意を得ています。また、期間を定めモニタリングを遅れる事無く実施し、適時再検討を行っています。</p> <p>【ポジリハショート平田】 利用前の担当者会議後にアセスメントを行い、相談員が短期入所計画書を立案し利用者の介護が必要な点を挙げています。実施方法では留意点を文書化し利用者が適切に介護を受けられるようになっています。</p>	
<p>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。</p>	<p>①・b・c</p>
<p><コメント></p> <p>法令の通り支援計画書の評価と見直しを行うとともに、介護実施マニュアルに記載されています。また、サービスを提供するにあたり、職員に意見を出しやすい様に具体的な介護実施方法を口頭にて募っています。サービス実施の評価として毎月、利用者の変化を記録できるようにしており、月まとめ、3か月まとめと区切りをつけ計画書に反映するようにしています。</p>	
<p>Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。</p>	
<p>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。</p>	<p>①・b・c</p>
<p><コメント></p> <p>記録端末をオンライン化し、電子媒体で管理しています。機器の取り扱いに関しオリエンテーションを行い、入力者で差がない様にしています。記録した内容は社内ネットワークにて関係職員が他部署でも閲覧できる仕様になっています。また、利用者のフロアでは、個人情報に関わるものは紙媒体で保管しておらずプライバシー保護になっています。</p>	

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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>利用開始時に「個人情報の取り扱いについて」の覚書を利用者・家族に説明を行い、サインと押印を頂いています。新入職オリエンテーションにて記録管理の研修を行い、共通認識を持つ体制が取られています。施設長が記録管理責任者として講師を担い、研修を実施しています。</p>	

第三者評価結果【高齢者福祉サービス版】

その2：内容評価項目

評価対象 A サービス内容評価

		第三者評価結果
A-1 生活支援の基本と権利擁護		
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。		㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>日課は大まかに決められていますが、利用者個々のペースで過ごせるよう配慮がされています。入所に際しては、利用者の意向や生活習慣など、これまでの環境を確認、理解した上で一人ひとりの生活が支援されています。現在、コロナ禍で自粛が続いていますが、通常であれば受審施設で秋祭りなどの多彩なイベントを開催し地域住民と交流をしたり、保育園児との交流が行われています。洗濯やテーブル拭き、調理を一緒に行ったり植物の水やりなどの役割が持てるよう工夫されています。</p>		
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。		a・b・c
<p><コメント></p> <p>評価外</p>		
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。		a・b・c
<p><コメント></p> <p>評価外</p>		
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。		㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>接遇や言葉遣いに関する研修が定期的に行われ、利用者との関わりが適切となるよう組織的に取り組まれています。丁寧で節度がありながらも親近感が持てるよう、関わりがなされています。表情を読み取り、コミュニケーションボード（文字盤）や筆談などを用い、否定せず傾聴により利用者の思いや希望を把握し、支援に生かしています。</p>		

A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	a・一・㉔
<p><コメント></p> <p>3ヶ月に1度チェックリストを使い、職員が自分自身の言動などセルフチェックを行っています。職員同士においては、気になる職員の言動などがあれば上長に相談したり会議の場で話し合うなどし、お互いの注意喚起などの取組が行われています。今後は、権利擁護に関する規程やマニュアルが整備され、権利侵害を発生させない組織づくりと職員全員への周知・徹底が一層図られることが望まれます。</p>	
A-2 環境の整備【※訪問介護は評価外】	
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>受審施設の環境は自然の光を多く取り入れ明るく、掃除が行き届き清潔で快適に過ごせるよう配慮がされています。利用者の意向やこれまでの自宅での生活を尊重した過ごし方ができるよう、ベッドの向きやポータブルトイレの位置など配慮されています。ゆったりした音楽、植物や絵画がさりげなく飾られ、トイレや居室、廊下はゆったりと広い空間が確保されています。壁や床、家具などの色合いが統一され、落ち着きくつろいで過ごせる環境づくりが工夫されています。部屋割りは状況や必要に応じ、また、定期的に利用者同士が過ごしやすいように見直し、変更が行われています。</p>	
A-3 生活支援	
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の尊厳や感情（羞恥心）にも配慮され、一人ひとりに十分な時間を取り、他の利用者が入浴や着替えの時間が重ならないように入浴支援が行われています。特浴と一般浴が整備されており、できるだけ自立性の高い入浴形態・方法で、利用者の状況に合わせて座位で入浴可能なリフトを使用するなどの対応が行われています。入浴前後の健康状態の確認は看護師が行い、入浴可否の判断が行われています。浴室や脱衣所の温度、湯温の管理、入浴後の水分摂取やスキンケアなど、安全や健康状態を確認しながら適切に行われています。</p>	
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>夜間は睡眠見守りシステム（まもる～の）により、利用者の睡眠と覚醒状態を可視化・把握し、睡眠を妨げずに排せつの介助が行えるよう配慮と工夫がされています。自然な排せつを促すために適度な運動や食事改善、水分摂取を行ったり、一人ひとりの排せつのリズムや支援の状況を職員で共有し、一人ひとりの状況に合わせた排せつ支援が行われています。トイレには手すりの設置や広いスペースの確保がなされ、排せつ介助が安全に行われるよう配慮されています。トイレやユニット全体の換気、脱臭が十分に行われ、衛生面や臭気にも配慮されています。</p>	

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。	㊦・b・c
<p><コメント></p> <p>生活の動線には、車いすや歩行器でも十分に行き来できるスペースが確保され、移動の自立と安全の確保がされています。動線上には移動の障壁となるものは無く、移動が安全かつ適切な方法により実施できるよう配慮されています。車いすなど福祉用具の使用は、利用者の心身の状況や意向を踏まえて自力での移動を見守るなど、個々の状況に応じた支援が行われています。</p>	
A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	㊦・b・c
<p><コメント></p> <p>受審施設内で調理されたものを温冷庫で運び、食事が適温で提供されています。栄養士が3ヶ月ごとに嗜好調査を行い、利用者の希望や好みを献立に反映させています。食事の時間はテレビを付けず、落ち着いたクラシック音楽が流れています。食材に旬のものを使用し、毎月の行事食や麺類、好みに応じた選択食、うなぎの日、地方の味を楽しむ日、沢山の種類の中からパンを自分で選んだり、変化を持たせ楽しくおいしく食べられる工夫がされています。</p>	
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・c
<p><コメント></p> <p>利用者の栄養状態や血液検査の結果、低栄養のリスク、体重、BMIなど定期的に把握し、歯科衛生士など関係職員の助言を受けながら栄養ケア計画の作成や栄養マネジメントの実施および栄養マネジメント委員会が定期的に開催されています。食事時の誤嚥、窒息などの事故発生の対応方法は施設内でのシュミレーション訓練の実施や対応方法のフローチャートの作成、職員への周知などにより緊急時に職員が対応できるような取組が行われています。</p>	
A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	㊦・b・c
<p><コメント></p> <p>各ユニットの洗面スペースは十分広く確保され、蛇口は手動と自動が併設され、利用者の自立にも配慮されています。口腔機能の保持・改善のため、口腔体操などが実施されています。歯科医師、歯科衛生士の訪問や管理栄養士、看護・介護職員など関係職種での連携、協働が行われ、口腔内や咀嚼嚥下機能の状態チェック、機能の向上、栄養状態の改善、肺炎などの疾病や認知機能低下の防止などの取組がなされています。口腔衛生委員会が定期的に開催され、医師、歯科医師、歯科衛生士、看護・介護職員などの関係職種で口腔ケア状況や歯科医師の指示内容の共有がなされています。</p>	
A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	㊦・b・c
<p><コメント></p> <p>褥瘡対策委員会が施設長、医師、看護師などの関係職種で定期的に開催され、褥瘡対策のための体制づくりがなされています。個々の利用者の身体状況の把握と共有を行い、栄養管理や皮膚の清潔、体位変換や福祉用具の使用など総合的な取組がなされています。褥瘡対策に関する研修が定期的実施されるとともに、日々の業務の中では看護師による個別の指導などが行われ、関係職員が連携して褥瘡対策に取り組んでいます。入浴や排せつの介助の際にも皮膚の観察を行い、褥瘡予防と悪化防止に努めています。</p>	

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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>喀痰吸引・経管栄養に関する定期的な研修や個別指導が実施されています。医師の指示に基づく適切で安全な方法、手順により実施されており、安全管理体制が医師や看護師の指導・助言の下で整備されています。必要な備品の衛生的な管理などについては、看護師を中心として体制が整備されています。</p>	
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>介護予防活動では、小集団や個別での体操、関節可動域および筋力強化訓練、脳活性やメンタルトレーニングなどが実施されています。機能訓練の内容は利用者一人ひとりに応じたプログラムが作成され、日課計画表には個別の具体的な活動内容が詳しく明記され、実施されています。状況に応じて理学療法士や作業療法士など専門職の助言・指導を得ながら、機能訓練を検討・実施することで、入所時には車いすを使用していた利用者が福祉用具を使用しなくても移動が行えるようになった事例などもあります。</p>	
A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者に対しては、どの職員も支持的、受容的な関わり・態度を重視した支援を行っています。利用者の尊厳を基本としながら、行動の制限や抑制をせず、傾聴し受け入れるようにしています。利用者同士の関係や一人ひとりの状況により部屋割を検討するなど、安心して落ち着いて過ごせる環境となるよう配慮がなされています。加えて、基礎知識や最新のケアについての研修が定期的に行われています。</p>	
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>体調変化時の対応に関する研修が定期的に行われ、実際の状況を想定したシュミレーション訓練も実施されています。その内容はどの職員にも分かり易く写真を用いた解説付きで、留意すべき点なども明記され、職員への周知が図られています。利用者一人ひとりの日々の体調の把握や服薬の確認・管理が適切に実施されています。ショートステイ利用者には持参薬確認表で職員が適切に服薬管理できるようにしています。</p>	
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。【※通所介護は評価外】	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>入所（利用）の際に利用者・家族に「終末期における医療等に関する意思確認書」や「看取り介護指針及び同意書」にて施設の方針を説明し、意向などを事前に確認しています。看取りと医療連携や終末期のケアについての研修が定期的に行われており、医師・医療機関などとの必要な連携体制が確保されています。</p>	

A-4 家族等との連携

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。

①・b・c

<コメント>

利用者の状況を家族へ伝える際は、LINEアプリを使ったWebでの面会、メールへの動画の添付、利用者の写真を付けた状況報告書など、様々な方法を用いて工夫されています。行事などの予定や内容などの案内も、同様に書面やメールなどで知らせています。利用者の体調不良や急変時には、家族やケアマネジャーなどへ報告・連絡や情報提供を行っています。

A-5 サービス提供体制【※訪問介護以外は評価外】

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。

a・b・c

<コメント>

評価外