

## アドバイス・レポート

平成 3 年 2 月 1 日

平成 2 年 10 月 13 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた ケアハウスとだ につきましては、第三者評価結果に基づき、下記のとおりアドバイスをいたしますので、今後の事業所の運営及びサービスの提供に役立ててください。

## 記

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 特に良かった点とその理由<br>(※) | <p><b>(通番 31) 人権等の尊重</b></p> <p>法人理念や施設の運営方針の中に、人権や尊厳を意識した文言が明示されています。虐待防止チェックシートの定期的な実施（3～4 か月に 1 回）のほか、法人内研修で虐待防止についてのグループワークを実施するなど、日頃から職員の意識を高めるべく努めています。スピーチロックやドラッグロックなどの間接的な拘束についても研修の中で取り上げています。施設は全室個室であり、玄関も個別に用意されているなど、個人のプライバシーに配慮した設計構造になっています。排泄介助の際には扉をきちんと閉めたり、レクリエーションの参加を無理強いしない、同性介助の徹底などの配慮がなされており、ハード面でもソフト面でも、権利擁護の意識が行き届いていました。</p> <p><b>(通番 27) 事業所内の衛生管理等</b></p> <p>施設内は清掃が行き届いており、整理整頓されていました。掃除は職員が行っているとのことですが、空気清浄機の設置や換気の徹底、きめ細かい清掃チェックリストの作成と実施などによって、臭気もなく清潔が保たれています。ノロウィルス対策マニュアルなども、非常に細かく具体的かつ実践的な内容になっており、入居者が安心して気持ちよく過ごせる空間になっていました。</p> <p><b>(通番 35) 意見・要望・苦情への対応とサービスの改善</b></p> <p>月 1 回、職員と入居者との「お話し合いの日」を設けて、意見交換を行っています。毎月、介護相談員が施設を訪問し、そこで得た情報を管理者にフィードバックすることで、意見や要望をキャッチしています。また、施設長が直接支援に入る中で、入居者の要望を直接聞き取るよう努めています。意思表示できない方についても、朝礼や職員会議の中で情報を共有し、意向を推察しながら支援にあたるなど、様々なチャンネルから思いを把握し、支援に繋げようとする姿勢は評価できます。アンケートでも、おおむね職員の対応には良好な結果が出ています。</p> |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p> | <p><b>(22) 業務マニュアルの作成</b></p> <p>介護等の各業務マニュアルは、写真を多用するとともに留意点を明記されるなど、実践的でわかりやすいものになっています。見直しも随時行われており、その日付も明記されていますが、定期的な見直しは行われていませんでした。事故等が起こった時にも、その内容についての検証は行われていますが、改善結果をマニュアルに反映されていませんでした。</p> <p><b>(通番 4) 業務レベルにおける課題の設定</b></p> <p>事業計画の進捗は、職員との個別面談、収支データ等から確認しているとのことでしたが、組織的課題に対する施設全体としての振り返りは行われていませんでした。また、組織的な課題に対する自己評価としては、自主点検以外に確認できませんでした。</p> <p><b>(通番 16) 内容・料金の明示と説明</b></p> <p>パンフレットに料金一覧表を付けて、契約時に重要事項説明書および料金表を用いて説明をして同意を得ていますが、料金表の文字が小さく、高齢者には見づらいものでした。また、現在、成年後見制度や日常生活自立支援事業を活用している方はいないとのことでしたが、今後その必要性が出てきたときに対応する仕組みを持ち得ていませんでした。</p>                                        |
| <p>具体的なアドバイス</p>          | <p>社会福祉法人みつみ福祉会が運営するケアハウスとだは、平成 24 年に開設された 2 ユニット、定員 20 名の地域密着型特定入居者生活介護の指定を受けているケアハウスです。日当たりの良い閑静な住宅街にあり、施設内から保育園児の散歩の光景を見ることができするなど、穏やかな環境の中にあります。全室個室で一部屋が広く、24 時間 365 日同じ職員が対応していることから、家庭的な雰囲気があると家族からも評価されています。</p> <p>由良川が近く、浸水しやすい立地でもあることから、防災訓練、水害対策には力を入れており、避難訓練を毎月実施されていたり、入居者の物品をいつでも持ち出せるように収納ボックスに入れておくなど、日頃から防災に意識高く取り組んでいます。今後は、地域住民との炊き出しや、保育園と連携した訓練の実施など、防災を切り口に地域を巻き込んだ取り組みを実施されることを期待します。</p> <p>法人全体の理念、人材育成・確保の取り組みがしっかり構築されており、職員階層別の研修体系もしっかりと機能しています。中期計画も緻密に立てられており、着実に実施されていました。一方で、職員不足により、特定の職員に負担がかかっていたり、夜勤の体制に不安を抱える職員がいるなどの状況も見て取れたことから、労働環境やリスクマネジメント面の改善に取り組まれることが望ましいと考えます。</p> |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>20床のケアハウスが独立採算で運営することの財務的限界も考えられますので、法人としてのバックアップについて検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>以下、今回の評価で気づいたことを記載します。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・各業務マニュアルの内容は、綿密に実践的に作成されていることは評価できる点としてあげられます。だからこそ、定期的に内容を確認し、常に実際の支援との間に齟齬がないようにしておく必要があります。職員会議で読み合わせするなど、定期的な見直しを実施し、記録されることをお勧めします。また、事故等をきっかけに支援内容が変わった際には、適宜マニュアルの内容を書き換えられると、より実践性が担保されると考えます。</li> <li>・「自己報告書」の取り組みなど、個人の実践を振り返る仕組みはありますが、事業所としての課題に対する進捗状況を振り返る仕組みとしては、事業計画に係る目標を数値化し、職員会議等の場で定期的に確認する、といった取り組みが考えられます。また、あらかじめ定められた基準として、たとえば第三者評価の共通評価項目を毎年自主的に確認し、継続的に改善に取り組んでいる事業所もあります。PDCAサイクルを回すためには、進捗状況の確認と修正のプロセスが必要と考えますので、ぜひご検討ください。</li> <li>・ケアハウスの料金体系はわかりにくい点、合計金額を記載するなど入居者が理解するための工夫をされている点は高く評価できますが、料金表の表示を大きくすることで、さらにわかりやすくなると考えます。成年後見制度や日常生活自立支援事業については、今は対象者がいなくても今後出てくることが考えられますので、どこに相談すれば良いかの説明ができるよう、パンフレットの配架などに組み込まれてはいかがでしょうか。</li> <li>・ホームページは現在見直しを検討されているとのことでしたが、評価できる取り組みも多く、立地的にも潜在的なポテンシャルは高いと考えますので、ぜひホームページ等で、対外的にアピールされることをお勧めします。</li> </ul> <p>今後ますますのご発展を期待します。</p> |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントを「評価結果対比シート」に記載しています。

(様式6)

# 評価結果対比シート

|                          |                      |
|--------------------------|----------------------|
| 事業所番号                    | 2692600220           |
| 事業所名                     | 社会福祉法人みつみ福祉会 ケアハウスとだ |
| 受診メインサービス<br>(1種類のみ)     | 地域密着型特定入居者生活介護       |
| 併せて評価を受けた<br>サービス(複数記入可) | なし                   |
| 訪問調査実施日                  | 2020/11/4            |
| 評価機関名                    | きょうと福祉ネットワーク一期一会     |

| 大項目                | 中項目               | 小項目 | 通番                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 評価項目 | 評価結果 |       |
|--------------------|-------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|-------|
|                    |                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      | 自己評価 | 第三者評価 |
| Ⅰ 介護サービスの基本方針と組織   |                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |      |       |
| (1)組織の理念・運営方針      |                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |      |       |
|                    | 理念の周知と実践          | 1   | 組織の理念及び運営方針を明確化・周知している。また、法人の経営責任者（運営管理者含む）及び事業所のスタッフ全員が、理念及び運営方針に沿ったサービスの提供を実践している。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | A    | A    |       |
|                    | 組織体制              | 2   | 経営責任者（運営管理者含む）は、公正・適切なプロセスで意志決定を行い、組織としての透明性の確保を図っている。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | A    | A    |       |
|                    | (評価機関コメント)        |     | 1) 理念はスタッフルームに掲示し、年度初めの職員会議で事業方針とともに読み上げて周知している。パンフレットにも記載し、家族に対しては広報誌で知らせている。事業計画は各個人に配布し、月1回入居者と職員との「お話し合いの日」を設け、事業予定など必要事項を周知している。<br>2) 「組織図」と「業務分掌」に各職員の役割や権限、指揮命令系統が明示されている。月1回法人の管理者会で全体の事業内容を共有し、毎月の職員会議で伝達している。職員会議の内容は議事録で供覧している。職員数が多くないので、都度対話の中で職員の意見を収集し、反映するようにしている。                                                                                                                                                                |      |      |       |
| (2)計画の策定           |                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |      |       |
|                    | 事業計画等の策定          | 3   | 組織として介護サービスの質の向上に向けた計画を策定すると共に着実に実行している。また計画策定には多角的な視点から課題を把握している。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | A    | A    |       |
|                    | 業務レベルにおける課題の設定    | 4   | 各業務レベルにおいて課題が設定され、各部門全体が課題の達成に取り組んでいる。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | A    | B    |       |
|                    | (評価機関コメント)        |     | 3) 法人としての5か年計画(平成28年度から32年度)に基づき、各施設の5か年計画が定められている。それを踏まえて単年度の事業計画が策定されている。満足度調査を実施し、その結果を事業計画の内容に反映している。介護・看護・栄養の各課において課題や意見を出し、それを管理者がまとめる形で施設の事業計画が完成する流れになっている。<br>4) 事業計画の進捗は、職員との個別面談、収支データ等から確認するが、組織的課題に対する全体としての振り返りは行われていない。                                                                                                                                                                                                             |      |      |       |
| (3)管理者等の責任とリーダーシップ |                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |      |       |
|                    | 法令遵守の取り組み         | 5   | 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組みを行っている。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | A    | A    |       |
|                    | 管理者等によるリーダーシップの発揮 | 6   | 経営責任者又は運営管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業運営をリードしている。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | A    | A    |       |
|                    | 管理者等による状況把握       | 7   | 経営責任者又は運営管理者は、事業の実施状況等を把握し、いつでもスタッフに対して具体的な指示を行うことができる。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | A    | A    |       |
|                    | (評価機関コメント)        |     | 5) 管理者は集団指導や施連協の集まりなどに参加し、情報収集に努めている。法令リストはハイパーリンクの一覧表にして、共有サーバー内で誰でも閲覧できるようにしている。改正された法令があれば、スタッフルームに掲示し、朝礼時に職員に呼び掛けている。法人内の法令遵守に係る研修への参加を呼び掛けている。<br>6) 「組織図」、「業務分掌」で管理者の役割を明示するとともに、年4回発行される広報誌「共に生きる」で家族や地域など対外的にも周知している。施設長は職員会議に参加し、そこで出た意見を法人の管理者会で法人にも伝えたり、事業計画に反映するなどしている。職員が毎年提出する「自己報告書」の中に、管理者を評価する項目を設けている。<br>7) 介護ソフト「ほのぼの」の業務日誌システムで日々の状況を管理している。管理者の携帯電話番号を職員に周知し、緊急時にも連絡が取れるようにしている。事故等の緊急事態が発生した場合は、随時管理者に連絡し、指示が受けられるようになっている。 |      |      |       |

| 大項目         | 中項目 | 小項目           | 通番 | 評価項目                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 評価結果 |       |  |
|-------------|-----|---------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|--|
|             |     |               |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 自己評価 | 第三者評価 |  |
| Ⅱ 組織の運営管理   |     |               |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |       |  |
| (1)人材の確保・育成 |     |               |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |       |  |
|             |     | 質の高い人材の確保     | 8  | 質の高い介護サービスを提供できる人材の確保のために、必要な人材や人員体制についての管理・整備を行っている。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | A    | A     |  |
|             |     | 継続的な研修・OJTの実施 | 9  | 採用時研修・フォローアップ研修等を実施し、段階的に必要な知識や技能を身につけることができる。また業務を通じて日常的に学ぶことを推進しており、スーパービジョンを行う体制がある。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | A    | A     |  |
|             |     | 実習生の受け入れ      | 10 | 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし、体制を整備している。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | B    | A     |  |
|             |     | (評価機関コメント)    |    | 8)パート職員は施設採用、正職員は本部採用で、法人の人材育成部が研修計画を立案したり、就職フェアに行くなどの活動を行っている。「人材育成部計画」の中に、求める職員像が明示されている。資格取得については、施連協主催の研修の周知や、年休を優先的に取得させて研修等に行きやすいように配慮されている。資格を取得すると業務手当が支給されるとともに、特別処遇加算手当でも優遇される。<br>9)人材育成部において、年間研修計画を立案し、施連協主催の研修と併用して人材育成に努めている。契約職員にも、施連協の「契約職員研修」を受講させている。チューター制度を活用し、日々の業務の中でOJTを実施している。今回の評価ではそこまでは求めていないが、業務の到達度を図る客観的な指標は整備されていない。職員の要望に沿って外部講師を招いたポジショニングの勉強会やカンピロバクターに関する勉強会を実施している。<br>10)施設として現在、福祉資格の取得のための実習生の受け入れ実績はないが、中高生などの受け入れは積極的に行っている。福祉資格の実習生についても受け入れの意向はあり、マニュアル等は整備されている。法人として実習指導者講習会の受講者がいる。ゲートルームを実習生の宿泊施設として利用することもできる。 |      |       |  |
| (2)労働環境の整備  |     |               |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |       |  |
|             |     | 労働環境への配慮      | 11 | 質の高い介護サービスを提供することができるよう、職員の労働環境に配慮している。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | A    | A     |  |
|             |     | ストレス管理        | 12 | スタッフの業務上の悩みやストレスを解消するために、具体的な取組みを行い業務の効率を高めている。また、スタッフが充分にくつろげ、心身を休めることができる休憩場所を確保し必要な環境を整備している。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | B    | A     |  |
|             |     | (評価機関コメント)    |    | 11)年休取得率等是有休帳簿等を用いて管理者と事務員で管理している。育休・介護休のほか、子の看護休暇制度も整備しており、取得実績もある。特浴の設備もあるが、ケアハウスということもあり、現在は利用していない。<br>12)メンタルヘルスのセルフチェックシートを毎年実施し、必要に応じて産業医や法人内の相談機関「コンプライアンスコールゆう」に繋げる仕組みがある。共済会やリロクラブに加入し、福利厚生に充てている。既存の休憩室のほか、更衣室に畳を敷いて横になって休憩できるようにもしている。各種ハラスメントについても、「コンプライアンスコール・ゆう」に相談できるようにしており、施設の玄関やスタッフルームに連絡先が掲示されている。                                                                                                                                                                                                                                        |      |       |  |
| (3)地域との交流   |     |               |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |       |  |
|             |     | 地域への情報公開      | 13 | 事業所の運営理念を地域に対して開示し、広報するとともに、利用者と地域との関わりを大切にしている。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | A    | A     |  |
|             |     | 地域への貢献        | 14 | 事業所が有する機能を地域に還元している。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | A    | A     |  |
|             |     | (評価機関コメント)    |    | 13)法人のホームページの他、広報誌「共に生きる」を年4回発行し、地域にも配布している。情報の公表制度についても、法人のホームページ内で公開している。地域の行事は入居者用の掲示版で掲示したり、入居者向けの毎朝の朝礼やお話し合い会でも周知している。地域の秋祭りや保育園の納涼まつり等にも参加している。保育園の子どもたちが施設に遊びに来て交流を図ることが年6回ほどある。コロナ以前は、毎月ボランティアが訪れていた。<br>14)隣接のグループホームで介護相談窓口を設置したり、地域住民と一緒に体操する「いきいきサロン」を開催している。自治会や老人会の集まりなどへの出張相談会も法人として実施している。                                                                                                                                                                                                                                                      |      |       |  |

| 大項目             | 中項目          | 小項目 | 通番                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 評価項目 | 評価結果 |       |
|-----------------|--------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|-------|
|                 |              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      | 自己評価 | 第三者評価 |
| Ⅲ 適切な介護サービスの実施  |              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |      |       |
| (1)情報提供         |              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |      |       |
|                 | 事業所情報等の提供    | 15  | 利用者（希望者含む）に対してサービス選択に必要な情報を提供している。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      | A    | A     |
|                 | (評価機関コメント)   |     | 15)ホームページやパンフレットにて情報を提供している。法人内の事業所及び近隣の居宅事業所等に置いている。専門用語を使わず、わかりやすい表現を使うように心がけている。見学は随時対応している(待機者16名)。ホームページは見直しを検討している。                                                                                                                                                                                                                                                              |      |      |       |
| (2)利用契約         |              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |      |       |
|                 | 内容・料金の明示と説明  | 16  | 介護サービスの利用に際して必要となる内容や料金について、利用者にわかりやすく説明し同意を得ている。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |      | B    | B     |
|                 | (評価機関コメント)   |     | 16)パンフレットに料金一覧表を付けている。契約時に重要事項説明書および料金表を用いて説明をして同意を得ている。合計金額についても伝えている。成年後見人を活用している方はいない。仕組みを持ち得ていない。                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |      |       |
| (3)個別状況に応じた計画策定 |              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |      |       |
|                 | アセスメントの実施    | 17  | 利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況を踏まえたうえでアセスメントを行っている。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      | A    | A     |
|                 | 利用者・家族の希望尊重  | 18  | 個別援助計画等の策定及びサービスの提供内容の決定に際して、利用者及びその家族の希望を尊重している。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |      | A    | A     |
|                 | 専門家等に対する意見照会 | 19  | 個別援助計画等の策定に当たり、必要に応じて利用者の主治医・OT/PT・介護支援専門員・他のサービス事業所等に意見を照会している。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      | A    | A     |
|                 | 個別援助計画等の見直し  | 20  | 定期的又は必要に応じて、個別援助計画等の見直しを行っている。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      | A    | B     |
|                 | (評価機関コメント)   |     | 17)ほのぼのの様式を活用してアセスメントを行っている。本人と家族の意向を聞き取り記入している。医師と連携をして情報共有を行っている。アセスメントは計画更新時(半期に1回)に行っている。<br>18)本人と家族の希望を聞き取ったものを計画に反映している。サービス担当者会議には家族と本人に原則参加してもらっているが難しい場合には家族には電話で聞き取りを行っている。<br>19)計画の策定にあたっては、看護師、栄養士、介護職からの意見も聞き取っている。サービス担当者会議を通じても聞き取りを行っている。参加できない場合は照会を受けている。<br>20)半期に1回行っている。その他必要に応じて見直しを行っている。ケアマネ書類チェック表を活用して見直しを行っている。見直しの際には医師等の意見もうかがっているが、計画を変更する基準が定められていない。 |      |      |       |
| (4)関係者との連携      |              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |      |       |
|                 | 多職種協働        | 21  | 利用者の主治医をはじめ、関係機関との間で、連携体制又は支援体制が確保されている。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      | A    | A     |
|                 | (評価機関コメント)   |     | 21)入退所時においては、サマリーの入手及びかかりつけ医や入院先の相談員等の連携を図っている。関係機関・団体等の把握は個人ケースごとに行っている。みんなではぐくむ介護保険(福知山市のしおり)を事務所に整備し、いつでも見られるようになっている。退所をして病院等への移行する際には書面にて引継ぎを行っている。                                                                                                                                                                                                                               |      |      |       |

|                   |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |
|-------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| (5)サービスの提供        |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |
| 業務マニュアルの作成        | 22 | 事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル・手順等）が整備され、スタッフに活用されている。標準的な実施方法は自立支援につながり、事故防止や安全確保を踏まえたものになっている。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | A | B |
| サービス提供に係る記録と情報の保護 | 23 | 利用者の状況及びサービスの提供状況等が適切に記録されており、管理体制が確立している。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | A | B |
| 職員間の情報共有          | 24 | 利用者の状況等に関する情報をスタッフ間で共有化している。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | A | A |
| 利用者の家族等との情報交換     | 25 | 事業者はサービスの提供にあたって、利用者の家族との情報交換を行っている。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | A | A |
| (評価機関コメント)        |    | 22)介護等の各業務マニュアルを定めている。写真を多用するとともに留意点を明記している。見直しも随時行われており、その日付も明記されているが、定期的な見直しが行われていない。事故等が起こった時に検証は行っているが反映されていない。<br>23)介護保険ソフトほのぼのを活用して記録している。機能訓練等の記録も記入している。個人情報保護規程、開示請求について定めている。個人情報指針について職員で読み合わせを行っている。利用者の記録に係る規程として文書取り扱い規程は定めているが保管、保存はあるものの、持ち出し、廃棄については定めていない。<br>24)記録はほのぼのに記載されており、いつでも見ることができるようになっている。申し送りは3回行っている。職員会議、ケースに関しては随時行っている。欠席者にはほのぼのを見てもらうようにしている。<br>25)面会は良く来られ、その機会を活用して日々の様子を伝えている。来られない方には電話をしている。ケアプランの見直し時等、広報誌、請求の際に手紙を添えることもある。「お話し合いの日」を毎月設けて利用者と意見交換を行っている。 |   |   |
| (6)衛生管理           |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |
| 感染症の対策及び予防        | 26 | 感染症の対策及び予防に関するマニュアル等の作成により、職員全員が感染症に関する知識をもってサービスの提供を行っている。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | A | A |
| 事業所内の衛生管理等        | 27 | 施設（事業所）内における物品等の整理・整頓及び衛生管理を行い、効率的かつ安全なサービスの提供を行っている。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | A | A |
| (評価機関コメント)        |    | 26)ノロウイルス対策マニュアル等を定めている。フローチャート等が記載されており分かりやすい内容となっている。感染症の研修を園内で行っている。流行期前等には職員に対して看護師による注意喚起を行っている。新型コロナウイルスに係る指針を定め職員に周知徹底を行うとともにマスクができない方もいるので消毒等の徹底を行っている。二次感染対応もマニュアルに明記して対応している。<br>27)施設内は清掃が行き届いており、整理整頓もされている。掃除は職員が行っており、臭気もなく清潔が保たれている。空気清浄機の設置や換気の徹底、きめ細かい清掃チェックリストの作成と実施などによって、気持ちよく過ごせる空間になっている。                                                                                                                                                                                        |   |   |
| (7)危機管理           |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |
| 事故・緊急時等の対応        | 28 | 事故や緊急時における対応等を定めたマニュアルがあり、年に1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | A | A |
| 事故の再発防止等          | 29 | 発生した事故等に係る報告書や記録を作成し、事故の再発の防止のために活用している。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | A | A |
| 災害発生時の対応          | 30 | 災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | A | A |
| (評価機関コメント)        |    | 28)「緊急時通院等の対応マニュアル」が整備され、指揮命令系統はフローチャートでわかりやすく明示されている。緊急連絡先は、事務所内のすぐに見える場所に掲示してある。施連協主催の救命救急講習の受講や、法人主催の水害訓練などを実施している。<br>29)事故発生時は、すみやかに家族に連絡し、事故報告書を作成し、対応策についても検討して記入している。重大事故は保険者に適切に報告している。特に重大事故については原因分析や改善策などを丁寧に行っている。ヒヤリハットの報告もあるが、件数自体は多くなく、今後の課題である。<br>30)水のつきやすい立地を踏まえ、月1回の避難訓練、年1回の水害訓練の実施の他、食料の備蓄や避難時に備えた必要物品を1か所にまとめていつでも持ち出せるようにしているなど、災害に対して高く意識を持ち備えている。地域との連携を意識したマニュアルも整備されている。                                                                                                  |   |   |

| 大項目       | 中項目                   | 小項目                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 通番                                                      | 連携を | 評価結果 |       |
|-----------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----|------|-------|
|           |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                         |     | 自己評価 | 第三者評価 |
| Ⅳ利用者保護の観点 |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                         |     |      |       |
|           | (1)利用者保護              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                         |     |      |       |
|           | 人権等の尊重                | 31                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 利用者本位のサービス提供及び高齢者の尊厳の保持に配慮したサービス提供を行っている。               | A   | A    |       |
|           | プライバシー等の保護            | 32                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 利用者のプライバシーや羞恥心について、常に問題意識をもってサービスの提供を行っている。             | A   | A    |       |
|           | 利用者の決定方法              | 33                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。                                | A   | A    |       |
|           | (評価機関コメント)            | 31)法人理念や施設の運営方針の中に、人権を意識した文言が明示されている。虐待防止チェックシートの定期的な実施(3～4か月に1回)のほか、法人内研修で虐待防止についてのグループワークを実施している。スピーチロックやドラッグロックなどの間接的な拘束についても研修の中で意識を高めている。<br>32)全室個室の他、玄関も個別に用意するなど、個人のプライバシーに配慮した設計構造になっている。排泄介助の際に扉をきちんと閉めたり、レクリエーションの参加を無理強いしないなどの配慮がなされている。<br>33)入所判定会議には全職種が参加し、公平に決定して議事録に残している。入居要件はパンフレットに明記し、待機状況などは随時伝えている。 |                                                         |     |      |       |
|           | (2)意見・要望・苦情への対応       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                         |     |      |       |
|           | 意見・要望・苦情の受付           | 34                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 利用者の意向(意見・要望・苦情)を広く拾い上げ、収集する仕組みが整備されている。                | A   | A    |       |
|           | 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 | 35                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 利用者の意向(意見・要望・苦情)に迅速に対応するとともに、サービスの向上に役立てている。            | A   | A    |       |
|           | 第三者への相談機会の確保          | 36                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 公的機関等の窓口相談や苦情を訴えるための方法を、利用者及びその家族に周知している。               | A   | A    |       |
|           | (評価機関コメント)            | 34)意見箱を設置している。毎月、介護相談員が施設を訪問し、フロアを巡回し、その後毎回管理者と振り返りや意見交換を行っている。また、施設長が直接支援に入る中で入居者の要望を直接聞き取るようにしている。意思表示できない方にも朝礼や職員会議の中で情報を共有し、意向を推察しながら支援にあたっている。<br>35)「苦情解決システム運営規定」「苦情処理対応マニュアル」のフローチャートの流れに沿って組織的に対応している。苦情等の改善方法については、法人ホームページならびに広報誌で公開している。<br>36)第三者委員が選任されており、重要事項説明書に明記されているほか、施設玄関に連絡先が掲示されている。介護相談員を受け入れている。  |                                                         |     |      |       |
|           | (3)質の向上に係る取組          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                         |     |      |       |
|           | 利用者満足度の向上の取組み         | 37                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立てている。                           | A   | A    |       |
|           | 質の向上に対する検討体制          | 38                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | サービスの質の向上に係る検討体制を整備し、運営管理者を含む各部門の全職種のスタッフが積極的に参加している。   | A   | A    |       |
|           | 評価の実施と課題の明確化          | 39                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | サービス提供状況の質の向上のため、定期的に評価を実施するとともに、評価結果に基づいて課題の明確化を図っている。 | B   | B    |       |
|           | (評価機関コメント)            | 37)利用者満足度調査を年1回実施している。出た意見は職員会議で検討し、改善すべき事項は改善している。<br>38)全職員が参加する職員会議を毎月開催し、質の向上に係る検討を行っている。職員会議の場で検討し、決定したことを取り組んでいく仕組みがある。次回の職員会議まで待てない場合は朝礼などで協議して対応するなど、タイムリーな対応を心がけている。法人内他施設や、施連協に加盟している他法人のケアハウスの取組についても情報収集し、参考にしている。<br>39)第三者評価は3年に1回受診している。しかし、自主点検以外の自己評価の実施については確認できなかった。                                     |                                                         |     |      |       |