

事業者名称(事業者番号): ケアハウスさかた  
 提供サービス名: ケアハウス

TEL0749-55-3511

評価年月日: 令和4年3月18日

## 評価結果整理表

### ○共通項目

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
| <b>I 福祉サービスの基本方針と組織</b>   |   |   |          |
| <b>1 理念・基本方針</b>  |   |   |          |
| (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。   |   |   | 着眼点の数    |
| ①   | a | 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。                       | 6 項目/6項目 |
| <b>総合評価・判断した理由等</b>   |   |   |          |
| 理念・基本方針については青祥会のパンフレットやホームページ及び重要事項説明書に記載し、フロアに掲示している。また、年度初めに運営方針を確認し、従事する職員に職員必携を配布、周知徹底を行っている。 |   |   |          |
| <b>2 経営状況の把握</b>  |   |   |          |
| (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。   |   |   | 着眼点の数    |
| ①   | a | 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。               | 4 項目/4項目 |
| ②   | a | 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。                     | 4 項目/4項目 |
| <b>総合評価・判断した理由等</b>   |   |   |          |
| 年度ごとの運営方針に基づき、サービス提供地域の動向や利用者ニーズを踏まえ、事業計画を策定している。   |   |   |          |
| <b>3 事業計画の策定</b>  |   |   |          |
| (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。   |   |   | 着眼点の数    |
| ①   | a | 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。                   | 4 項目/4項目 |
| ②   | a | 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。                    | 4 項目/4項目 |
| (2) 事業計画が適切に策定されている。  |   |   |          |
| ①   | a | 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直し<br>が組織的に行われ、職員が理解している。 | 5 項目/5項目 |
| ②   | b | 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。                     | 1 項目/4項目 |
| <b>総合評価・判断した理由等</b>   |   |   |          |
| 法人の理念や基本方針の実現に向けた長期ビジョン・中期ビジョンを策定している。また、事業計画については、課題を整理、協議し策定しているが、利用者や家族に周知・説明は実施できていない。        |   |   |          |

#### 4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

(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。

着眼点の数

|   |   |  |          |
|---|---|--|----------|
| ① | b | 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に<br>行われ、機能している。          | 3 項目/4項目 |
| ② | a | 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明<br>確にし、計画的な改善策を実施している。 | 5 項目/5項目 |

#### 総合評価・判断した理由等

年2回(1回は中間評価)自己評価を実施するとともに、評価結果を職員間で情報共有し課題  
分析・計画の策定を実施している。

## II 組織の運営管理

### 1 管理者の責任とリーダーシップ

(1) 管理者の責任が明確にされている。

着眼点の数

|   |   |                                      |          |
|---|---|--------------------------------------|----------|
| ① | a | 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し<br>理解を図っている。 | 4 項目/4項目 |
| ② | a | 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を<br>行っている。     | 4 項目/4項目 |

(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

|   |   |  |          |
|---|---|--|----------|
| ① | a | 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に<br>指導力を発揮している。 | 5 項目/5項目 |
| ② | a | 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力<br>を発揮している。     | 4 項目/4項目 |

#### 総合評価・判断した理由等

管理者は責任の所在と役割分担については、組織図や事務分掌にて明確にしている。

### 2 福祉人材の確保・育成

(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。

着眼点の数

|   |   |  |          |
|---|---|--|----------|
| ① | a | 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な<br>計画が確立し、取組が実施されている。 | 4 項目/4項目 |
| ② | a | 総合的な人事管理が行われている。                             | 6 項目/6項目 |

(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

|   |   |                                       |          |
|---|---|---------------------------------------|----------|
| ① | b | 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場<br>づくりに取組んでいる。 | 7 項目/8項目 |
|---|---|---------------------------------------|----------|

(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
| ① | a | 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。                     | 5 項目/5項目 |
| ② | a | 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定<br>され、教育・研修が実施されている。 | 5 項目/5項目 |
| ③ | a | 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されてい<br>る。               | 5 項目/5項目 |

(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。

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
| ① | b | 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。 | 2 項目/5項目 |
|---|---|---|----------|

**総合評価・判断した理由等**

法人内研修(DVD研修を含む)への参加を勧め、施設内においても研修を実施している。実習生受入マニュアルを作成し受け入れ態勢を整えている。

**3 運営の透明性の確保**

(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。

着眼点の数

|   |   |                                  |          |
|---|---|----------------------------------|----------|
| ① | b | 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。       | 3 項目/5項目 |
| ② | a | 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。 | 4 項目/4項目 |

**総合評価・判断した理由等**

ホームページに理念・基本方針・サービス内容等を公開している。

**4 地域との交流、地域貢献**

(1) 地域との関係が適切に確保されている。

着眼点の数

|   |   |                                    |          |
|---|---|------------------------------------|----------|
| ① | b | 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。         | 3 項目/5項目 |
| ② | b | 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。 | 2 項目/5項目 |

(2) 関係機関との連携が確保されている。

|   |   |  |          |
|---|---|--|----------|
| ① | b | 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。 | 4 項目/5項目 |
|---|---|--|----------|

(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

|   |   |                                 |          |
|---|---|---------------------------------|----------|
| ① | a | 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。     | 1 項目/1項目 |
| ② | b | 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。 | 2 項目/5項目 |

**総合評価・判断した理由等**

ボランティア受入マニュアルを整備している。ボランティアや地域交流について受け入れ態勢は整えているが、新型コロナの状況から制限をかけている。今後の状況に合わせ対応を検討していく。

### Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

#### 1 利用者本位の福祉サービス

(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

着眼点の数

|   |   |  |          |
|---|---|--|----------|
| ① | a | 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。 | 5 項目/5項目 |
| ② | a | 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。  | 4 項目/4項目 |

(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。

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
| ① | b | 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。             | 3 項目/5項目 |
| ② | b | 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。              | 4 項目/5項目 |
| ③ | b | 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。 | 3 項目/4項目 |

(3) 利用者満足の上昇に努めている。

|   |   |                                 |          |
|---|---|---------------------------------|----------|
| ① | b | 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。 | 4 項目/5項目 |
|---|---|---------------------------------|----------|

(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

|   |   |                                    |          |
|---|---|------------------------------------|----------|
| ① | a | 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。         | 7 項目/7項目 |
| ② | a | 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。 | 3 項目/3項目 |
| ③ | a | 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。    | 6 項目/6項目 |

(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。

|   |   |  |          |
|---|---|--|----------|
| ① | a | 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。  | 6 項目/6項目 |
| ② | a | 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。 | 6 項目/6項目 |
| ③ | a | 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。           | 5 項目/5項目 |

#### 総合評価・判断した理由等

権利擁護マニュアル、苦情受付対応等各種マニュアルを整備している。また、高齢者虐待・不適切ケア防止対策の指針を作成し、取組を実施している。

## 2 福祉サービスの質の確保

(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。

着眼点の数

|   |          |   |          |
|---|----------|---|----------|
| ① | <b>b</b> | 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。 | 3 項目/4項目 |
| ② | <b>a</b> | 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。               | 4 項目/4項目 |

(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。

|   |          |                                      |          |
|---|----------|--------------------------------------|----------|
| ① | <b>b</b> | 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。 | 6 項目/7項目 |
| ② | <b>a</b> | 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。         | 4 項目/4項目 |

(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

|   |          |   |          |
|---|----------|---|----------|
| ① | <b>a</b> | 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。 | 6 項目/6項目 |
| ② | <b>a</b> | 利用者に関する記録の管理体制が確立している。                    | 6 項目/6項目 |

### 総合評価・判断した理由等

福祉サービス等が入居者の状態に合わせて利用できるよう、その都度ケアマネジャーや家族に報告・相談等を実施している。

## ○内容評価項目

| A-1 生活支援の基本と権利擁護   |          |  |
|--|----------|--|
| (1)生活支援の基本   |          | 着眼点の数  |
| ①  | <b>b</b> | 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。<br>4項目/6項目           |
| ②  | <b>a</b> | 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。<br>7項目/7項目              |
| (2)権利擁護  |          |  |
| ①  | <b>a</b> | 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。<br>7項目/7項目                   |
| <b>総合評価・判断した理由等</b>  |          |  |
| 入居者との会話を通して、希望の把握に努めている。また、感染対策を実施しながら手芸・調理活動等を計画し、参加を促している。 |          |  |
| A-2 環境の整備  |          |  |
| (1)利用者の快適性への配慮   |          | 着眼点の数  |
| ①  | <b>a</b> | 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。<br>4項目/4項目           |
| <b>総合評価・判断した理由等</b>  |          |  |
| 共有スペースについて、照明、温度管理の徹底を行っている。居室については、入居者の希望に合わせるよう配慮している。     |          |  |
| A-3 生活支援   |          |  |
| (1)利用者の状況に応じた支援  |          | 着眼点の数  |
| ①  | <b>a</b> | 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。<br>11項目/11項目               |
| ②  | <b>a</b> | 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。<br>8項目/8項目               |
| ③  | <b>a</b> | 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。<br>7項目/7項目                 |
| (2)食生活   |          |  |
| ①  | <b>a</b> | 食事をおいしく食べられるよう工夫している。<br>5項目/5項目                     |
| ②  | <b>a</b> | 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。<br>6項目/6項目             |
| ③  | <b>b</b> | 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。<br>2項目/5項目                     |
| (3)褥瘡発生予防・ケア   |          |  |
| ①  | <b>b</b> | 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。<br>2項目/5項目                         |
| (4)介護職員等による喀痰吸引・経管栄養   |          |  |
| ①  | <b>b</b> | 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。<br>1項目/5項目 |

|               |          |                                       |          |
|---------------|----------|---------------------------------------|----------|
| (5) 機能訓練、介護予防 |          |                                       |          |
| ①             | <b>b</b> | 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。       | 2 項目/4項目 |
| (6) 認知症ケア     |          |                                       |          |
| ①             | <b>b</b> | 認知症の状態に配慮したケアを行っている。                  | 4 項目/7項目 |
| (7) 急変時の対応    |          |                                       |          |
| ①             | <b>a</b> | 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。 | 6 項目/6項目 |
| (8) 終末期の対応    |          |                                       |          |
| ①             | <b>b</b> | 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。     | 2 項目/6項目 |

**総合評価・判断した理由等**

排泄については介助が必要な入居者についてはヘルパー利用など状態に合わせた支援が受けられるように対応している。

**A-4 家族等との連携**

|             |          |                          |          |
|-------------|----------|--------------------------|----------|
| (1) 家族等との連携 |          |                          | 着眼点の数    |
| ①           | <b>b</b> | 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。 | 4 項目/5項目 |

**総合評価・判断した理由等**

状態変化の連絡、各種手続き等の相談・支援など家族との連携は図れている。家族との交流については、新型コロナの状況から面会を控えていただくよう依頼している状況。

**利用者の要介護状態の改善のためのサービス評価基準(滋賀県独自項目)**

|                |          |                                     |          |
|----------------|----------|-------------------------------------|----------|
| 1. プロセス(過程)の評価 |          |                                     | 着眼点の数    |
| ①              | <b>b</b> | 運動器の機能向上に資する取組を計画的・組織的に行っている。       | 3 項目/8項目 |
| ②              | <b>b</b> | 日常的な介護サービスにおいて要介護状態の改善に資する取組を行っている。 | 5 項目/8項目 |
| ②              | <b>b</b> | 要介護状態の改善に資する生活環境等の整備の取組を行っている。      | 3 項目/8項目 |

**総合評価・判断した理由等**

事業者名称(事業者番号): ケアハウスさかた  
 提供サービス名: ケアハウス

TEL 0749-55-3511

評価年月日: 令和 4年 3月 18日

☆サービスの質の向上に向けて、取り組む課題と優先順位、達成度評価

評価年月日: 令和 4年 3月 18日

前回評価年月日: 令和 3年 3月 19日

| サービスの質の向上に向け取り組む課題 |      | 取り組み期間<br>(○年○月<br>～○年○月まで)       | 改善に向けた具体的な行動      | 達成度評価   | 次期<br>評価<br>実施<br>時期  |
|--------------------|------|-----------------------------------|-------------------|---|---|
| 評価項目<br>番号         | 優先順位 | 内 容                               |                   |   |   |
| A-3-(7)            | 1位   | 日々の利用者の健康確認と健康状態の記録を行う。           | 令和3年4月～<br>令和4年3月 | 朝の訪室時に体調確認とバイタルチェックを行い、記録する。                              | ≪一部達成≫<br>朝の訪問時に在室しておられる入居者については、バイタルチェックを実施できた。  |
| 滋賀県独自項目            | 2位   | 日常の中で散歩の機会など個別に援助する時間を設けるよう配慮を行う。 | 令和3年4月～<br>令和4年3月 | コロナ禍でこれまでのように外出・外食ができずストレスが溜まっているため、少しでも気分転換が図れるよう支援していく。 | ≪一部達成≫<br>・天気の良い日は施設周りを散歩するように入居者に声掛けを行っている。<br>・コロナ禍で外食はできないため、希望者のみにはなるが、テイクアウトを取り、いつもと違う食事をしてもらう機会を提供した。<br>・コロナ禍が継続し制限のある生活を送られており、今後も入居者のストレス軽減に努める。 |