

A. 第三者評価結果（「機関評価」の部分）

評価スケール	自己評価	機関評価	評価スケール	自己評価	機関評価	評価スケール	自己評価	機関評価
1.1.1	A	A	2.3.4	A	A	6.1.3	A	A
1.1.2	A	A	2.3.5	A	A	6.2.1	A	A
1.1.3	A	A	2.3.6	A	A	6.2.2	A	A
1.1.4	A	A	2.3.7	A	A	6.2.3	A	A
1.2.1	A	A	2.3.8	A	A	6.2.4	非	非
1.2.2	A	A	2.3.9	A	A	6.2.5	A	A
1.3.1	A	A	2.3.10	A	A	6.2.6	A	A
1.3.2	A	A	2.3.11	A	A	6.2.7	A	A
1.3.3	A	A	2.4.1	A	A	6.2.8	A	A
1.4.1	A	A	2.4.2	A	A	6.2.9	A	A
1.4.2	A	A	2.4.3	A	A	6.3.1	A	A
1.4.3	A	A	2.4.4	A	A	6.3.2	A	A
1.4.4	A	A	2.4.5	A	A	6.3.3	A	A
1.4.5	A	A	2.4.6	A	A	7.1.1	A	A
1.4.6	A	A	3.1.1	B	B	7.1.2	A	A
1.4.7	A	A	3.1.2	A	A	7.2.1	A	A
1.4.8	A	A	3.1.3	A	A	7.3.1	A	A
1.5.1	A	A	3.1.4	A	A	7.3.2	A	A
1.5.2	A	A	3.1.5	B	B	7.3.3	A	A
1.5.3	A	A	3.1.6	A	A	7.3.4	A	A
2.1.1	A	A	3.1.7	A	A	7.4.1	A	A
2.1.2	A	A	4.1.1	A	A	7.4.2	A	A
2.2.1	A	A	4.1.2	A	A	7.4.3	A	A
2.2.2	A	A	4.1.3	A	A	7.4.4	A	A
2.2.3	A	A	4.1.4	A	A	7.4.5	A	A
2.2.4	A	A	4.2.1	A	A	7.5.1	A	A
2.2.5	A	A	4.2.2	A	A	7.5.2	A	A
2.2.6	A	A	5.1.1	A	A	7.5.3	A	A
2.2.7	A	A	5.1.2	A	A	7.5.4	A	A
2.2.8	A	A	5.2.1	A	A	7.5.5	A	A
2.2.9	A	A	5.2.2	A	A	7.5.6	A	A
2.2.10	A	A	5.2.3	A	A	7.5.7	A	A
2.2.11	A	A	5.2.4	A	A	7.6.1	A	A
2.3.1	A	A	5.2.5	A	A	7.6.2	A	A
2.3.2	B	B	6.1.1	A	A	7.6.3	A	A
2.3.3	A	A	6.1.2	A	A			

B. 評価機関の所見

1. 優れた取り組みと思われる点

スケール番号	内 容
1-1-3	コンプライアンスに関する職員意識の向上のために、新入職員を対象とした研修の中で、有料老人ホーム事業者として、また従事者として守るべき法律・規範・ルールについて周知徹底を図っています。コンプライアンス委員会を設置して、ホーム内で起きた事案について守るべき基準に抵触していないかの確認作業も実施しています。その場では、「業務が定められた手順どおりに遂行されているか」といった基準を自ら設定して、厳しくチェックを行っています。その他にも、ホームを運営する法人による内部監査も年に1回実施されており、自主的・

	自律的なコンプライアンス活動に注力しています。
1-3-2 1-3-3	個人情報の保管方法や保管責任者などの項目について書類を保管するロッカーに掲示をして、情報漏えい等の防止に関する職員の意識を高めています。また、本ホームでは、サービス提供上の個人情報使用目的に加えて、研究活動において使用するケースも多いことから、入居者・家族に対する個人情報の使用目的の説明においてその旨を説明して了解をもらっており、適切な取扱いに努めています。
1-4-1	職員育成の計画が個人毎に「職員育成計画表」として整理されています。個々の勤務年数や受講したホーム内外の研修受講歴、取得した資格を把握しています。正職員・契約職員を問わず、年2回の面接が行われています。面接に先立って、職員本人の「○現在の仕事に対する評価、○今後の仕事に対する希望、○異動希望、○資格取得の希望」などを記入する「自己申告書」を事前に作成しています。面接では、自分の将来とホームが求める人材像を照らし合わせる振り返りの作業を実施することで、育成の効果を上げることにつなげています。
1-4-4 2-3-3	サービスの質を維持・向上するために、ホーム内の各委員会（16種）で様々な検討活動を行っています。毎年、各委員会の取り組みはホーム内の「職員実践研究発表会」で発表します。ホーム内での発表会には入居者の方の参加も見られました。そのなかで特に優秀だった研究内容は、ホーム代表として法人の研究発表会で発表します。他ホームの取り組みを共有化すると同時に、職員の提案や気づきが承認される場でもあるため、仕事に対するモチベーションの向上に役立っています。今年度、法人の研究発表会にてホーム代表として発表した「あなたもやってる？身近に潜む心理的虐待～『不適切なケア』から始める虐待の第一歩～」という演題は優秀賞を受賞しました。
1-5-3	ホームでは、これまでに虐待事案はないものの、虐待につながる芽を事前に摘むことを目的として、職員と利用者に対して「不適切なケア」に関する聞き取り調査を行って予防に生かしています。調査をしたところ、「待たされる」ことが最も頻繁に起きており、利用者も不快に感じていることが明らかとなったため、虐待防止研修会のなかで職員に「待たされるロールプレイング」を体験してもらい、「待たせない・待たせたと感じさせない」対応についての各自の目標設定をしています。また、ホーム内で開催する虐待防止・身体拘束廃止講習会には近隣施設の職員も招いており、ホームを挙げて虐待防止や身体拘束廃止に向けた取組みを進めています。
2-3-5	入居者とホームとの意見交換の場として、運営懇談会に加えて「運営連絡会」を設置しています。運営連絡会では、ホームとして入居者に相談したいこと等について、9名の入居者代表と協議を行っています。これによりホームにおける決定事項に入居者の意見を反映させることができている。また、職員が一切参加しない入居者だけで意見交換を行う「入居者会」も開催されており、入居者の98%が参加しています。この入居者会で出た意見を入居者代表が運営懇談会に出席して提案するため、忌憚のない意見や要望を吸い上げることができています。
2-4-3	事故ゼロ委員会が中心となり、ホーム内で起きた事故やヒヤリハットをもとに改善策や予防策を見直す体制があります。今年の4～9月には、ヒヤリハットが1,294件、自己報告が264件と多くの案件や事例の報告が挙げられており、正職員も契約社員も一人一人が高い安全管理意識を持っていることが推察されます。事故もしくは重大なヒヤリハット事案については、「問題解決シート」と呼ばれる用紙に、要因分析・再発防止策が記載されて、その実施状況がチェックされる仕組みになっています。問題解決シートは、事案発生日に勤務している事故ゼロ委員会のメンバーが記載することになっており、適切な記載をするための勉強会が定期的に実施されています。
2-4-5	地元の湯河原町と「災害時における避難収容施設の使用に関する協定書」を締結しており、災害発生時には入居者のみならず地域住民の避難を受入れることとしています。備蓄として7日分の食糧ストックを保管しており、炊き出し訓練も実施しています。
4-1-1	入居者相談業務に注力しており、「相談責任者」と呼ばれる職員を9名配置しています。相談責任者は、入居者からの相談を受けた場合には、初期対応、解決策の検討、解決策の提案、相談者の反応、解決策実施後のフォローまでの一連の対応に責任をもってあたることが求められています。相談責任者の会議も設置されており、各自がどのような対応をしたか、その対応は十分なものであったか等をメンバー全員で検証する機会となっています。
4-2-2	自立の入居者向け、要介護の入居者向け、全ての入居者向けのアクティビティが充実しています。自立の入居者向けには趣味の活動のほか、専属スタッフがつくアスレチックジムでの運動メニューも用意しています。運動の記録を残して、身体機能の維持に向けて入居者のやる気を引き出しています。要介護の入居者向けにはフラワーアレンジメントやイベント浴などを企画しており、特にイベント浴では、ジャングル風呂、ヨモギ風呂、バラ風呂、ミカン風呂、フルーツ風呂、ミント風呂など湯船に浮かべるだけでなく、介助する職員も服装を変えるなど趣向を凝らしています。全入居者を対象とした元力士による相撲甚句のコンサートやテラスでのビアガーデンなども開催されており、入居者に好評を博しています。これらの行事やイベントの実施前後には、「アクティビティ評価表」を作成することで、達成できたことや課題を振り返り、次の提案に活かすための実績をまとめています。
6-1-2	ホームの全職員が一丸となり、「接遇マナー風土創り」に取り組んでいます。接遇マナーの考え方、進め方、

	指導項目などを統一したマニュアルがあり、新入職員を含めた全職員がほぼ同じレベルの接遇をすることを可能にしています。この風土を維持するために、「接遇マナートレーナー」と呼ばれる職員がおり、接遇会議や職員研修の講師を行うなどの取り組みをしています。
--	--

2. さらに取り組むことで、より質の向上が可能と考えられる点

スケール番号	内 容
1-2-1	法人の財務状況については、水準自体は問題がないものの、対前年度との比較においてさらなる向上といった状況ではありませんでした。この要因については、法人内でも把握・分析をしているため、今期以降の結果については改善が図られているものと期待できます。
5-1-2	ホームではセレクトメニューや食形態、特別食など、提供する食事サービスに工夫を重ねています。ただ、食事に関する入居者アンケートの結果をみると、必ずしも満足していない入居者の方がいる状況にあります。基本的な味付け、メニューのバリエーション等、不満として挙がっている要素について改善を図っていくことが期待されます。
6-2-5 6-2-6	ケアプランの作成において他職種の参加がありますが、サービス担当者会議の記録をみると、専門職の参加がない場合も散見されます。担当者会議以外の場での意見交換は実施されていると思いますが、ケアプラン作成や見直しに当たっての専門職としての意見を記録に残しておくことが望まれます。また、ケアプランの短期目標で挙がっている事項についての記録が少ない状況も見られました。例えば、入居者の状況に著しい改善や変化が見られない場合でも、入居者の表情や様子で気づいたことや、職員が工夫していることなどを記録に残すことが期待されます。さまざま視点や気づきを日々の記録に残すことで、ケアプランを見直す際の根拠となる記録（モニタリング、食事サービス課日報、介護記録等）の運動性を向上させていくことが望まれます。