

第三者評価結果

①第三者評価機関名

株式会社 寺井ソーシャルワーカー事務所

②施設・事業所情報

名称：社会福祉法人 石龍会 のとじま悠々ホーム	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名： 理事長 佐原 博之	定員（利用人数）： 60名（特養57名/ショート3名）
所在地： 石川県七尾市能登島半浦町5部6番地2	
TEL： (0767) 85-2571	ホームページ：

【施設・事業所の概要】

開設年月日 平成17年4月1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： 38 名 非常勤職員： 4 名
専門職員	（専門職の名称） 生活相談員 1 名
	看護職員 4 名
	介護職員 28 名
	管理栄養士 1 名
	機能訓練指導員 1 名
	介護支援専門員 1 名
施設・設備 の概要	（居室数） ユニット型個室 60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、人として心から御利用いただいている方々やその御家族と接することを基本的な考え（礎：いしすえ）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

施設では法人の理念基本方針に沿って、入居者様一人一人の意思及び人格を尊重し、施設サービス計画に基づき、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて入居者様が相互に社会的関係を築き、自立的な日常生活を営むことが出来るよう支援しています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	2019年12月17日（契約日）～ 2020年 3月27日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	3回（平成28年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- 理念や基本方針に基づき、利用者アンケートによる現状分析から「品質目標」を定め、品質目標に沿ってサービスが提供されているかを「品質目標実績表」を用いてチェックし、それを年2回の「マネジメントレビュー」で評価・承認し、次期の計画に繋げていくPDCAサイクルが確立されており、その展開方法が「品質マニュアル」に明記され、職員に周知されている。
- 福祉人材の確保・育成に関して、「資格等級体系フレーム」により資格等級や等級に応じた業務内容、業務レベルと昇格条件が一覧になっており、業務レベルについては「スキルチェックシート」でリスト化されているため、職員が個々の力量を適切に把握し、次のステップに進むにはどのようなスキルが必要かを考えモチベーションをアップさせる仕組みが作られている。
- 施設は福祉避難所に指定されているほか、地域の祭りや施設の家族会の講演に地域住民の参加の呼びかけをするなど、地域への開放と提供を積極的に行なっている。また、地域交流を目的に「悠々盆踊り」の開催や秋祭りの招待、ボランティアの受け入れを積極的に行なっている。
- 職員は、年に三回スキルチェックシートを用いて、自らの介護技術について自己評価を行い、サービスの質の向上に努めている。スキルチェックシートのコミュニケーションの項には、認知症、聴覚障害、難聴の利用者に対し、はっきりとした声かけや分かりやすいジェスチャー、表情、筆談などにより内容を伝えたと記されている。利用者の思いは、アセスメントや24Hシートの活用により把握し、個別支援を行っている。
- 利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉遣いは、基本方針や職員倫理規定に明記されて研修や、唱和することにより共有を図っている。プライバシーに配慮が必要な会話の時には、利用者の部屋か事務所まで誘導して行っている。施設見学時、レクリエーションやユニットでのケアの場面では、職員が利用者ひとり一人に対してコミュニケーションをとっている様子が伺えた。
- 個人やグループでの継続的な活動として、週に1回希望者は仏壇へのお参りを行ったり、ボランティアの公演を見たり、週2回程度リハビリ喫茶に参加したりしている。BPSDについての分析や支援内容は、月1回のユニット会議で分析され、支援内容が検討されていることが、会議記録で確認できる。

◇改善を求められる点

- 運営の透明性を確保するための取組について、広報誌「いしすえ」には法人理念や基本方針、満足度調査の結果や意見・要望とその回答等積極的な情報公開が行われているが、ホームページは作成・公開されていない。平成28年度の社会福祉法改正で定款等がホームページによる公表対象となったことと併せ、情報公開の窓口、また相談窓口としてホームページの作成や公開が望まれる。
- 内部監査については品質マニュアルに基づきPDCAの体制が確立されているが、外部監査は行われていることが確認できなかった。社会福祉法人審査基準では資産が一定水準に該当しない社会福祉法人についても5年に1回程度の外部監査を行うことが望ましいとされているため、外部監査等の活用によりさらなる透明性の確保が望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

「人と人心と心を礎に」法人理念の下、常に介護サービスの質の向上を目指し、地域共生社会づくりに貢献するものと、日々活動しております。今回、評価をいただいた点については、施設の強みとしてさらに磨きをかけ、良質で安心・安全な福祉サービスの提供を継続して行きます。改善すべき点では、運営の透明性の確保として、社会福祉法改正における情報公表を遵守し、ホームページの開設に取り組み、情報公開の窓口、相談窓口として活用してまいります。また監査体制においても内部監査に加え外部監査機関を活用して、更なる運営の透明性を確保してまいります。ご指導ありがとうございました。

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	<p>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。</p> <p>理念と基本方針に基づき、施設長が毎年4月に「品質目標」を設定し、具体的な行動指針である「アクションプログラム」を策定している。設定した項目について7月、12月に達成度チェックが行われ、8月と12月にマネジメントレビューによる振り返りを経て翌年度の品質目標の見直しが行われており、理念と基本方針、具体的な行動指針についてのPDCAサイクルが確立されている。</p> <p>理念の周知に関して、パンフレットや広報誌、重要事項説明書への記載、家族会での説明の他、事業所に掲示し、朝礼時の唱和やリーダー会議、全体会議やユニット会議でも確認を行っている。</p>

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	<p>年1回、10月に利用者アンケートを行い、利用者及び家族からの意見や要望を把握し、集計・分析を行い、翌2月、マネジメントレビューにて評価を実施する。</p> <p>また、事業計画の策定にあたっては「七尾市老人福祉計画・第7期介護保険事業計画」等地域の介護保険計画を参照し、人口分析や福祉ニーズの把握を行っている。</p> <p>現場からは、アクションプログラムの達成度・進捗状況の確認、職員からのヒアリング、SWOT分析やリスク分析等による経営分析を行った上で総合的な把握と分析を行っている。</p>
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	<p>月1回行われる「在宅推進委員会」にグループ内の全事業所管理者が参加し、利用率やコスト分析等経営課題の分析・検討を行っている。経営状況や検討課題は月2回の「運営会議」で理事長との共有がなされており、月1回の「全体会議」で職員への周知が図られている。</p> <p>また、毎月の経営課題の改善や解決、また次年度の事業計画に反映するための11月から翌3月まで毎月1回「人事評価委員会」「推進者会議」を開催し、各施設の管理者、グループ法人の責任者、専務理事、アドバイザー参加の下、振り返りおよび次期のアクションプログラム策定に向けた取り組みを行っている。</p>

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	<p>「中長期目標展開表」により、2019年～2021年の3年間の中長期的な計画が策定されている。計画は、理念の「人と人 心と心を礎に」に基づき、①人材の育成・確保②サービスの質の向上③地域福祉活動の推進が経営課題(テーマ)として挙げられており、理念との整合性が取れたものとなっている。</p> <p>また、中長期目標には、実務者研修取得の目標人数介護福祉士有資格者の取得率など、測定可能な数値目標を用いて実施状況が評価できるものとなっており、必要に応じ「課題分析」で見直しを行っている。</p>

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	<p>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。平成31年度の年次事業計画は中長期計画の①「人材の育成と確保」に関しては外国人技能実習体制の確立やいしかわ魅力ある福祉職場認定制度の推進、②「サービスの質の向上」に関しては感染予防・介護技術向上への研修、24hシートの活用、③「地域福祉活動の推進」に関しては介護予防教室の支援や地域住民との交流、福祉避難所としての体制整備等、中長期計画と連動した単年度の計画を策定している。</p> <p>また、実務者研修受講支援を2名、外国人技能実習生の採用を1年で2名など、目標の数値化を行っているとともに「品質目標実績表」を用いて達成度の評価を行っていることが確認できた。</p>
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	<p>事業計画にある「人材の育成と確保」という項目は人材の確保が困難という現場の声を捉え、経営課題として事業計画およびアクションプログラムに反映させている等事業計画は職員参画のもと策定されている。</p> <p>事業計画の評価は「アクションプログラム」「品質目標実績表」を用いて毎年7月、12月に行われ、8月と2月にマネジメントレビューにより定期的に見直しが行われていることが確認できた。事業計画は年1回、全職員を対象に「事業計画説明会」を行い周知されている。</p>
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	<p>事業計画の概要をわかりやすくまとめた資料を広報誌「いしずえ」に掲載し、利用者および家族等に配布している。また、事業所内に掲示されていることも確認できた。</p> <p>年に2回家族会を開催しており、家族会の中で事業計画の内容をわかりやすく説明した資料を用いて、家族に説明している。</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	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	満足度調査やマネジメントレビューの評価に基づいて、重点的にサービスの質の向上に取り組む個所を示した「品質目標」を年度初めに設定し、品質目標の達成度は「品質目標実績表」により随時チェックしていることが確認できた。 また、品質マニュアルに基づき、年2回(7月と1月)内部監査を実施し、サービスの質の改善・推進につなげている。 法令への適合は県の指導監査様式(自己チェックリスト)に基づいて定期的に行うとともに、第三者評価も継続して受審しており、第三者評価の指摘事項については検討・改善に繋げている。
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	毎年10月に「利用者様満足度調査」(利用者アンケート)を実施し、利用者意見を収集しニーズの把握を行っている。アンケート結果は、翌年2月の「マネジメントレビュー」により理事長・責任者・施設長により評価、振り返りを行い、次年度のアクションプログラムに反映させている。マネジメントレビューの資料作成は職員参加の下行っており、職員間で課題の分析、共有が行われている。 また、アンケートの中から寄せられた意見と改善策については、広報誌「のとじま悠々ホーム」および機関誌「いしずえ」に掲載し、可視化を図っている。

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	毎年の「運営会議」で法人内における事業所および管理者の役割を明らかにしている。管理者の果たすべき役割は、法人広報誌「いしずえ」に事業所別に記載されていることが確認できた。 また、法人内部では、管理者の職務について、不在時の対応も含めて「職務権限規程」に記載され、周知されている。管理者のみならず、部門長や事務局、各部門のもつ責任や権限を一覧にした「責任権限マトリクス」が品質マニュアルに記載されており、施設長、役職員間での責務が可視化されている。

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	主任会議(総務部)が担当となり、「法令遵守規程」が作成されている。年1回7月に法人内で「年度勉強会」を開催し、遵守すべき法令について管理者間での情報共有を行い、随時、全体会議で周知を図っている。 また、2ヶ月毎に社会福祉法人・施設等指導監査調書様式である「自己チェックリスト」(石川県厚生政策課公表)を用いて法令に適合しているかをチェックされていることが確認できた。
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	管理者は年2回定期的に(7月と11月)、品質目標実績表に基づき実施するサービスの質を把握し、SWOT分析(強み・弱み・機会・脅威)を用いて分析を行い、翌月(8月と2月)マネジメントレビューで理事長からの評価を受けている。 CS(顧客満足)に関しては利用者アンケートで課題を把握し、ES(従業員満足)に関しては定期的に(概ね1名/月)面談を行い、話し合いの中で課題を発見している。設備面や業務の分担について聴取し改善に取り組んでいる。取り組みの結果はユニット会議で報告されている。
13	② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a · b · c	管理者は、中長期計画や年度計画、品質目標および品質目標実績表に基づいて、人事や労務、財務を踏まえて現状分析を行っている。 「人と人 心と心を礎に」の理念に基づき、人材確保・育成の面において、職員と協働し技能実習生の受け入れを多くしていく取り組みを行っている。受け入れのために職員に「技能実習指導員講習」の受講を促す等、積極的に現場と一体になって業務の改善に対する取り組みを行っている。

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	必要な人材や人員に関する基本的な考え方や人材確保、育成に関しては品質マニュアルの「力量・教育・訓練及び認識」にその方針が確立されている。 「資格・認定リスト」を用いて有資格者の把握を行い、専門職の配置、人員体制についての計画や、計画に基づいた人材確保・育成の方針は月2回の「運営会議」で検討されている。 計画に基づき、ハローワークや専門学校、合同面接会等にて採用活動を行い、人材の確保を行っている。

15	② 総合的な人事管理が行われている。	a . b . c	<p>法人の理念・基本方針に基づいた「人事評価規程」を定め、期待する職員像を示している。</p> <p>等級、業務内容、業務レベルおよび昇格要件を定めた「資格等級体系フレーム」に沿って人事が運用されており、職員は3か月に1回、フレームに沿って自己評価を行い、その後上司評価が行われる。加えて、評価には外部研修やボランティアへの参加、出勤状況を勘案した「情意評価」も行われ、職員一人ひとりの能力や意向に応じた総合的な人事管理が行われている。</p>
II-2-2 (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り組んでいる。	a . b . c	<p>職員の有給休暇、産前産後休暇の取得状況や労災保険、健康診断の実施は「衛生委員会」で管理・把握を行っている。また、職員の悩み相談窓口として「健康で安心して働ける職場づくり相談窓口」が設定され、産業医、産業カウンセラー、外部の相談機関が明示されている。</p> <p>職員の意見を反映し、有給休暇については、職員ごとの誕生日や結婚記念日等の記念日を把握し、その日に有給休暇(記念日休暇)が取得できるようシフトの調整を行っている等、ワークライフバランスに配慮した取り組みを行っている。</p> <p>また、新規採用者の育成体制、キャリアパスと人材育成、職場環境、地域貢献・コンプライアンスの面で基準を満たした事業者が認定される「いしかわ魅力ある福祉職場」の認定を2018年4月に石川県から受けている。</p>
II-2-2 (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	<p>「資格等級体系フレーム」を用いて法人の期待する職員像を明確にしている。達成項目、達成水準が記された「スキルチェックシート」を使い職員一人ひとりの達成すべき目標が設定されている。</p> <p>また、職員一人ひとりの研修取得に関して、介護職員初任者研修や実務者研修のほとんどが金沢市や加賀地区で開催されており、能登地区では研修機会が少ないため、介護員養成研修事業者と協力して、施設のホールを教室として提供している。これにより資格取得の機会が確保されている。</p>

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	<p>基本方針に①丁寧語の徹底、②挨拶の徹底、③報・連・相の徹底と、期待する職員像が示され、基本方針に基づき、組織が職員に必要とする専門技術や専門資格を「教育訓練体系図」で示している。</p> <p>研修計画として「教育計画書」を作成し「人材育成」「医学知識」「衛生」「看護・介護」等個別の研修計画が作成されており、計画に基づいて研修が行われている。計画は毎年3月の「人事評価委員会」で定期的な見直しが行われている。</p>
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	<p>職員一人ひとりの知識や技術・資格の把握に関しては「資格認定者リスト」を作成し、年2回、4月と10月にリストを更新することにより把握を行っている。新入職員への研修については「新規採用者育成計画」に基づいて行われており、各新入職員の業務について達成すべき水準をリスト化した「スキルチェックシート」を用いてOJTが行われている。</p> <p>外部研修については、研修の案内が法人内のグループメールで随時配信されており、参加希望者に対してはシフトの調整・配慮が行われていることが確認できた。</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。			
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	<p>実習生の受け入れに関する基本姿勢や手順を含んだ「実習生受入マニュアル」を整備している。マニュアルに基づき、学生、ボランティア実習生、インターン生のほか、外国人技能実習生の受入も行っている。</p> <p>前回の第三者評価での指摘事項となっていた、技能実習生の指導者への研修については、「技能実習指導員講習」を受講できるようシフトへの配慮を行うことで、指導者に対する研修の体制が確保されていることが確認できた。実習に際しては、「実習実施予定表」を用いて受け入れ元の学校とは密に連絡・調整を行っている。</p>

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	<p>広報誌「いしずえ」には法人理念、事業概要、相談・苦情やそれらに対する改善・対応状況の記載、利用者満足度調査の結果が示されており、事業所ごとの特色や、施設で行われているケアの内容等が、法人内の他の事業所と比較して掲載されている。</p> <p>財務状況は福祉医療機構の「社会福祉法人の財務諸表等電子開示システム」を介して閲覧可能となっている。</p> <p>法人および事業所のホームページは開設されていない。さらなる情報公開のため、ホームページの開設とウェブ上での情報開示が望まれる。</p>
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	<p>事業所における事務や経理、取引等に関するルールは「品質マニュアル」としてマニュアル化され、品質マニュアルは事業所内の閲覧し易い箇所に置かれている。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。</p> <p>労務については社会保険労務士が必要に応じて相談や助言を得ながら事務処理を行い、経理については会計事務所に帳票のダブルチェックおよび会計処理の助言を得られる体制となっている。</p> <p>内部監査は定期的(7月と1月)に品質マニュアルに沿って定期的に行われていることは確認できたが、外部監査については行われていることが確認できなかった。</p>

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	地域との関わりについての基本的な考え方は、運営規定や中長期目標展開表等に示され地域との連携や住民との交流地域福祉活動の推進を行なっていくとしている。地域の情報は各種の社会資源を収集した「社会資源一覧表」として作成し事務所前には人権啓発や地域包括の資料を置き、各階の廊下掲示板には関係機関の機関紙や地域の情報を貼り出している。また、今までの掲示物を綴った「掲示物つづり」が置かれ、いつでも見ることができるようになっている。半浦秋祭りなどの地域との活動には参加できるよう支援をしており、個々の外出支援についても「報告書」「24Hシート記録」で確認できた。また、能登島全域への法人広報誌「いしずえ」の配布や幼保園の子供達の訪問、乳酸菌飲料の訪問販売の受け入れ等で地域住民との交流を図っている。
24	② ボランティア等の受け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	ボランティアの受け入れについてはマニュアル等に地域社会との関わりを大切に積極的な受け入れを明示している。学校教育への協力についても人材の育成を目的として積極的に受け入れ連携を図りながら社会に貢献していくと示されている。ボランティアには詩吟や民謡・詩の朗読や歌謡ショーの他、地域女性会の清掃ボランティアなど多種にわたる受け入れを行なっている。マニュアルのボランティア手順書には受け入れの申し込みから事前確認、オリエンテーションを行う事となっている。オリエンテーションでは施設や基本理念の説明の他どんなスタッフが勤務しているか声かけの仕方や自立支援についても分かりやすく伝えている。また、七尾市近郊の高校のインターンシップや専門学校生の実習の受け入れを行なっている。
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	社会資源は法人でリスト化され「社会資源一覧表」として作成されている。公的機関・ライフライン・医療福祉・施設関連業者などの他に個々の利用者に対応できる銀行や和菓子店・ストアなどもあげられ各事務所に設置し共有されている。月に1回行われるグループ全事業所での「在宅推進委員会」や「七尾市介護保険事業者連絡会」のほか定期的に「七尾市総合福祉施設協議会」「石川県老人福祉施設協議会」などの関係機関と情報交換を行い連携の強化を図っている。

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	<p>a · b · c</p> <p>地域の行事「半浦秋祭り」で室内の提供を行ったり、能登島地区の介護資格取得者向上の為に介護取得講座（初任者研修・実務者研修）の開催に協力しコミュニケーションホールを教室として提供している。家族会の講演会などには事前に地域の集会所や馴染みのある場所で案内を行い地域住民も参加出来る様になっている。支援活動としては、年に3回の介護予防教室や認知症サポーター講習・認知症カフェに講師として派遣を行っている。平成24年度から施設が福祉避難所となり、災害時の協力体制と地域と連携した防災訓練を実施している。その他、施設として毎年秋にはおもてなし通りの除草作業の地域美化ボランティアに参加している。</p>
27	② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	<p>a · b · c</p> <p>施設行事や介護予防教室での参加者の声や意見、悩み事を把握し相談に応じている。法人グループ内に在宅介護支援センターの窓口が2カ所あり、そのひとつはのじまデイサービスセンターに併設されていることから情報収集の一つともなっている。また七尾市介護保険事業者連絡会等の参加で包括支援センターや他事業所と連携を図り地域福祉のニーズの把握に努めている。地域貢献に関わる活動としては、介護予防教室や七尾市から委託で行っている配食サービス、法人グループで開催する「演遊会」など積極的に行っている。</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	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。	<p>a · b · c</p> <p>法人理念に「人と人 心と心を 礎に」とあり人や心の繋がりを大切に人として心から接する事を基本理念としている。朝礼時や全体会議の際に全員で唱和し、法人や悠々ホームの基本方針や職員倫理規定とともに事業所内に掲示され日々意識できるようになっている。倫理規定や品質マニュアルには利用者の立場に立ち意向を重視していく事やホームの基本方針には身体拘束・虐待防止について示されグループ研修で職員の周知を行っている。身体拘束委員会「行動評価表」「スキルチェックシート」で定期的に日頃のサービスを振り返り対応が話し合われている。</p>	

29	② 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。	a . b . c	「プライバシー保護マニュアル」が整備されており、入浴や排泄・着衣の着脱等の配慮について示されている。虐待防止のマニュアルには県の「高齢者虐待防止マニュアル」を使用し、法人グループ内で実施されている身体拘束・虐待防止についての研修等を全体会議の機会に伝達し周知を図っている。守秘義務や個人情報、権利擁護には施設内の掲示や重要事項に示されており利用の際にはサービス利用に関する留意事項として利用者や家族に説明を行なっている。2ヶ月に1度行うスキルチェックシートでサービス提供の確認を行なっており、不適切な事柄が発生した場合に対応する「不適合サービスの管理業務フロー図」も品質マニュアルの中で確認した。施設内は利用者のプライバシーに配慮し居室は個室になっており、各居室内の扉が開いている間は室内が見えにくいように暖簾を設置し工夫されている。
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	施設を紹介するパンフレットや新聞には理念と基本方針が書かれ写真や文字の大きさを工夫しサービス内容や活動を見やすく紹介している。その資料は利用希望者だけでなく地域住民も入手が出来る様にのどじまコミュニティーセンターをはじめ能登島地区・石崎地区・和倉地区の公共施設や地域包括支援センターなどに法人広報誌「いしずえ」や各施設のパンフレットや新聞を配置させてもらっている。また資料の内容は生活相談員がかわるなどの変更があった場合その都度見直しを図っている。入居相談表から見学等の対応や利用希望者への相談や申し込みに関する説明を行なっている事を確認した。ホームページについては作られていないが厚生労働省の介護サービス情報公表システムから事業所の概要を見ることができ、基本方針や特色・サービス内容等について知ることが出来る。より詳しくタイムリーな情報の発信としてホームページの検討も期待したい。
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	サービスの開始や変更の際の説明には生活相談員が重要事項説明書を用いて利用者やその家族に分かりやすいようパワーポイントを使用したスライドショーも作り大きな画面で施設概要や利用料金の説明を行なっている。変更内容の説明に際しても同様にわかり易く伝えていき納得いただいた後契約している。利用者の判断能力に障害があり説明を受けることが困難な場合は地域包括センターや居宅介護センターや弁護士と相談しながら利用者の家族や成年後見人の代理人の同意を得ることになっている。

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	他施設へ移行する場合、七尾市介護医療連携用紙を使用して他機関との引き継ぎや情報交換を行えるよう整備されている。福祉サービスの利用終了の際、重要事項説明書での相談窓口記載の他に退所後の相談窓口として在宅介護支援センターや悠々ホームの連絡先を記した施設退去届出書のコピーを渡している。ケース記録にて退去の手続きの対応記録は確認できたが今後のサービスの継続性に配慮し移行と終了の手順についての整備が期待される。
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	毎年10月に利用者満足度調査を実施している。アンケートのほか居室での会話や事務室に來られ話された内容等も収集し取りまとめ、4月に開催された家族会では満足度調査の結果報告と家族の意見意向を汲み取る機会として職員も参加している。その他サービス担当者会議やモニタリングからも利用者や家族から要望を聞き取り検討を行っている。満足度調査の分析検討はリーダー会議や業務改善委員会で改善に向けて話し合われている。意見のあった面会時に職員の姿を見つけれない時がある事に関しては、ユニット内の内線で面会の連絡を受けたり姿を見かけた際にはなるべくお話の機会を作るよう心がけている。
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	苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員といった苦情解決の体制が整備され、体制が記載された石川県福祉サービス運営適正化委員会のポスターが事業所内に掲示されている。苦情受付体制は重要事項説明書にも記されており、契約時に説明している。 利用者アンケートである「利用者様満足度調査」を実施するにあたって、事業所が独自に行わずに外注することで、意見や苦情を述べやすくなる仕組みを作っている。 苦情は「苦情受付書」により受付され、安全対策委員会で一次検討が行われ、「検討・検証報告書」により二次検討を行い、管理責任者が最終確認を行い解決となる。解決結果は利用者や家族への説明の上、結果を事業所内に掲示し、家族会で報告し、広報誌で公表している。

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	<p>事業所の苦情相談窓口の他、行政、国民健康保険団体連合会、石川県福祉サービス運営適正化委員会等、複数の方法や相手を自由に選択できることが重要事項説明書に示されている。</p> <p>石川県福祉サービス運営適正化委員会のポスターに苦情受付者、解決責任者、第三者委員を明記し掲示されている。</p> <p>また、年1回「第三者委員報告会」を開催し、「利用者様満足度調査」の結果報告や苦情の報告が行われているほか、広報誌「いしずえ」には、利用者からの意見・要望とその回答や解決事例が掲載されており、気軽に相談や意見を述べられる環境を整えている。</p>
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	<p>相談や意見、苦情を受けた際の記録方法や報告手順、対策については「苦情相談対応マニュアル」を整備し、マニュアルは定期的に見直しを行っている。施設に意見箱を設置している他、「利用者様満足度調査」や家族会からも意見の傾聴に努めている。</p> <p>利用者から外出機会を増やしてほしいという意見が出て、即座の対応が難しい場合でも、可能な限り日時を合わせ外出支援を行うことで意見や相談への対応に取り組んでいることが記録から確認できた。</p>
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	<p>リスクマネジメントに関する委員会として「安全対策委員会」を設置、統括リスクマネージャーは施設長、リスクマネージャーは主任・部長となっている。事故発生時の対応手順は品質マニュアル内の「不適合サービスの管理業務フロー」内でフローチャート化されて定められている。</p> <p>ヒヤリ・ハット事例は事故は「ヒヤリ・ハット報告書」「事故・苦情報告書」に記録され、報告書をもとに安全対策委員会で再発防止策を検討し、現場で検証を行う。この一連の流れは品質マニュアルの「是正処置の管理業務フロー」から確認できた。</p>
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	<p>月1回の頻度で、各施設の担当者による「感染対策委員会」が開催されている。また、「感染対策マニュアル」を策定し、「感染症発生時の対応フロー」としてフローチャート化され、年2回の感染対策研修で職員への周知がなされている。</p> <p>感染症の発生時期になると感染対策委員会が中心となり、医師監修のもと感染対策リーフレットを作成し、職員に配布している。</p>

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	<p>年4回、管理責任者と各施設の防災管理者により「防災管理会議」が開催され、その中で防災マニュアルの作成・見直し、防災訓練の計画が行われている。会議の中でハザードマップをもとに風水雪害や原子力災害のリスクと取るべき対応を検討し、マニュアルに反映させている。現在、自治体と協議して、災害時の連携方法を再確認している。</p> <p>非常時の安否確認方法として、利用者の一覧表、職員の間緊急連絡網を作成している。また、備蓄品リストを作成し、リストに基づき備蓄が行われていることが確認できた。倉庫には備蓄食品の使い方が写真で説明されており、備蓄食品を使用した非常時の献立表も用意され、非常時に慌てることなく職員が非常食を提供できる体制が整えられている。</p>
----	------------------------------------	-----------	--

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	<p>提供するサービスの標準的な実施方法については「スキルチェックシート」チェックリスト形式で文章化されている。チェック項目の中には、利用者の尊重、プライバシーへの配慮等も含めたサービス全般についてリスト化されている。</p> <p>職員は、スキルチェックシートに基づいて年1回自己評価を行い(新人職員は3ヶ月に1回)、リーダーの一次評価を経た後に合議評価を行い、スキルチェックシートに基づき業務が実施されるかを確認する仕組みが確立されている。</p>
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	<p>標準的な実施方法をフローチャート化した「業務フロー図」、および各種マニュアルの検証および見直しは内部監査の前後で必要性を判断して見直しが行われることが「品質マニュアル」により確認できた。各帳票はリビジョンにより版が管理されており、平成30年に品質マニュアルのリビジョンが改訂されていたことが履歴により確認できた。</p> <p>検証・見直しについてはサービス計画や職員意見、利用者意見が反映されて行われている。家族会で「人生会議」(万一意思決定能力がなくなった際に備え、望む医療やケアを話し合い共有する取組)について話し合い、職員間でも「看取り検討会議」で議論し、ターミナルケアの実施方法について見直しがなされている。</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>42</p>	<p>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。</p>	<p>a · b · c</p>	<p>福祉サービス実施計画であるケアプランは介護支援専門員により作成され、「包括的自立支援プログラム」方式でアセスメントが行われている。入居時はフェイスシートや退院時のサマリーをもとに暫定プランが作成され、2度のレビューと検証、サービス担当者会議を経て本プランへ移行する。短期目標は3ヶ月に1回にカンファレンスにて見直しが行われている。 部屋に閉じこもりがちな利用者(機能訓練は好きでリハビリの際は部屋から出る)に対して検討し、毎日機能訓練を提供するようにプランを変更したことによって活発になるなど支援が難しいケースにも対応していることが確認できた。</p>
<p>43</p>	<p>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>a · b · c</p>	<p>ケアプラン(サービス実施計画)の見直しは原則3ヶ月に1回、介護支援専門員、看護師、機能訓練指導員、介護職員、生活相談員、管理栄養士、利用者家族(可能な限り)で構成されるサービス担当者会議で行われる。 ケアプランの見直しによって変更したサービスは月1回のユニット会議で周知される。 状態変化が見られた際等ケアプランを緊急に変更する際の手続きに関しては業務フロー図に明記されている。 ケアプランの評価・見直しにあたっては「聞き取りシート」「24Hシート」によりニーズの把握を行っている。ニーズの把握が困難な利用者に対しては、ジェスチャー等非言語の活用や家族面会時の聞き取り等で把握に努めている。</p>

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

<p>44</p>	<p>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>a · b · c</p>	<p>入居時、利用者の身体状況や生活状況等と認定調査情報、主治医意見書をもとにケアプランを作成し、ケアプランに沿って提供したサービス内容をケースに記録している。ケアプランとケース、アセスメント、モニタリング、栄養スクリーニングは同一システムを使い管理されている。 記録する職員間で記録内容に差異が生じないように、「施設職員のための介護記録の書き方」をテキストに研修を行っている。 情報共有については、法人内での情報は社内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」の様式を定め、外部との連携を行っている。</p>
-----------	--	------------------	---

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、廃棄、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、個人情報の不適正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が明記されている。

年1回今年度は7月に、法人全体で「個人情報保護・プライバシー研修」を行い職員へ周知している。「SNS等への投稿も不適切事例」等、新しい事例も交えて研修を行っている。

個人情報の取り扱いに関しては、契約時に丁寧に「個人情報に関する基本方針」について不明瞭な点なくなるまで説明を行い、利用者・家族に同意をもらっている。

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期待する状態

※ 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			
A①	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。	Ⓐ・b・c	施設介護計画作成時のアセスメントとは別に、利用者が「一日どう暮らしたいか」、「どう暮らし続けたいか」を中心にした聞き取りを行い、それに基づいて一人ひとりの一日の流れを作成している。年間行事の中には、施設内行事だけでなく、地域の秋祭りやリンゴ狩り等外部でのプログラムも用意されている。ホームの中では、メダカの世話をする人、ユニットのカーテンを開ける役割の人、おしぼりをたたんでくれる人等役割を持って日中活動を行っている。個別の外出支援として、自宅への外出や、入院している家族の見舞いの支援等も実施している。
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。	Ⓐ・b・c	職員は、年に三回スキルチェックシートを用いて、自らの介護技術について自己評価を行い、サービスの質の向上に努めている。スキルチェックシートのコミュニケーションの項には、認知症、聴覚障害、難聴の利用者に対し、はっきりとした声かけや分かりやすいジェスチャー、表情、筆談などにより内容を伝えたと記されている。利用者の思いは、アセスメントや24Hシートの活用により把握し、個別支援を行っている。利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉遣いは、基本方針や職員倫理規定に明記されて研修や、唱和することにより共有を図っている。プライベートに配慮が必要な会話の時には、利用者の部屋か事務所まで誘導して行っている。施設見学時、レクリエーションやユニットでのケアの場面では、職員が利用者ひとり一人に対してコミュニケーションをとっている様子が伺えた。

A-1-(2) 権利擁護			
A⑤	① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	Ⓐ ・ b ・ c	身体拘束廃止マニュアルには、緊急やむを得ない場合における対応が明記されているが、現在そのような事例はない。法人全体で身体拘束廃止委員会を毎月開催して、身体拘束に繋がる虞のある事例の検討を行い、研修も実施して身体拘束廃止や権利擁護に取り組んでいる。身体拘束や、虐待、苦情、権利侵害等は「不適合サービスの管理」として纏められ、管理業務フローとして示され周知を行っている。昨年11月には「虐待防止、権利擁護」の研修を行い、スピーチロックについて、職員自らのケアの見直しを行っている。身体拘束や、虐待、苦情、権利侵害等は「不適合サービスの管理」として纏められ、管理業務フローとして示され周知を行っている。

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。	Ⓐ ・ b ・ c	施設内の共有スペース、ユニットともに掃除が行き届き整理整頓がされている。ユニットは冬は22℃から24℃、夏は24℃から27℃を目安に職員が管理している。冬場の乾燥を防止するために、室内に洗濯物を干して湿度を保つ事もしている。利用者の身体状況に配慮して、リビングには数種類の椅子やソファ、テーブルを用意している。利用者の居室には、生活の継続性に配慮し、自宅の延長になるように使い慣れた家具や電気製品、寝具等様々な物を持ってきてもらっている。家具や備え付けのベッド等について、自宅での利用者の動線に合わせた配置や、転倒・骨折予防のために畳を敷いている部屋もある。

		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。	① a ・ b ・ c	<p>特浴、個浴、個浴リフト浴の3種の浴槽が備えてあり、利用者の心身の状況、意向をアセスメントして決定している。入浴は、最低週二回を目安に、福祉用具等を活用して行われている。入浴のマニュアルには、入浴時の危険防止について、洗身洗髪の注意点、プライバシーに配慮して、露出部分への配慮等が記載されている。マニュアルは、職員ひとり一人が年に3回自己評価を行い、確認チェックしている。入浴を拒否する利用者には、声かけの工夫をしたり、次の日に変更して、決して無理強いせずに対応している。入浴方法等については、サービス担当者会議において検討と見直しを行っている。入浴の可否は、バイタルチェックして看護職員が判断している。感染症の虞のある利用者については、感染対策委員会で入浴の順番等について検討を行っている。入浴の設備は、毎年レジオネラの検査を行い、利用者が安全・快適に入浴できるように配慮されている。</p>
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。	① a ・ b ・ c	<p>各ユニット毎に、4か所の洗浄機能付きトイレを設置している他、排泄の自立のためにポータブルトイレを併用している利用者もいる。自然な排泄ができるように、水分は食事の時、喫茶の時、15時のおやつ時には必ず摂取している。補助的に、乳製品やファイバー等をとったり、お腹のマッサージや運動を取り入れている。排泄介助のマニュアルには、介助時のプライバシーに配慮すること、安全への配慮を行うことが明記されている。排泄の自立のために、アセスメントや排泄チェック、尿量の測定等を行い、利用者ひとり一人の排泄パターンを把握して、失敗せずに排泄ができるように支援している。昨年度実施された、いしかわ介護フェスタで、ホームの介護職員が、介護技能グランプリ(排泄部門)最優秀賞を受賞している。</p>

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)	<p>リハビリ実施計画書に基づいた、機能訓練評価表を3か月ごとに作成して、利用者の心身の状況を確認しながらリハビリを行っている。利用者の状態に合わせた数種類の車いすが用意されている。マニュアルの「体位交換・移動・移乗」の項には、福祉用具の正しい使用方法と、移動・移乗を安全に行う方法と、安全の確認の仕方が示されている。マニュアルは自己評価を行いチェックするとともに、毎年介護技術研修を行って職員への周知を行っている。利用者の声かけやコールに、即に対応できるように、介護職員はPHSの端末を常に携帯している。ユニットの中は、十分なスペースが確保されているが、常に掃除や整理整頓が行われ、利用者の動線に障害にならないようにしている。</p>
A-3-(2) 食生活			
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)	<p>食事は各ユニット毎に、利用者の状態に合わせて、全員一斉にはなく、小さい単位でテーブルについている。管理栄養士の配置で、栄養マネジメント加算を算定しており、栄養ケア計画に従い栄養管理し、栄養状態を定期的に記録している。アルブミン値は3か月ごとに血液検査を行い、体重は月に一度、高リスクの人は月に二度測定している。副食は軟菜、一口大、刻み、極刻み、ミキサー、塩分制限、糖尿病等に分けて提供している。週に一度は、主食をパンか御飯か選択できるようになっている。また、利用者と一緒におやつ作りや行事食なども楽しんでいる。大量調理施設衛生管理マニュアルに基づいた衛生管理が行われていて、食品衛生責任者研修会も毎年受講している。</p>
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)	<p>身体状況や栄養面への配慮や工夫は、「食種別 予定／実施献立表」で示されている。軟食、軟食一口大、軟食きざみ、極きざみ、ミキサー食、塩分制限、糖尿病食に分けて提供されている。栄養ケア計画の中で、姿勢の確認と指示として、「車椅子座位は、前かがみにならないように」とか、「座位時間が長くないように」など心身の負担への配慮が示されている。また栄養ケア計画には、「自力摂取していただくために自助食器を使用し」や「声かけし、自力摂取を促す」と自分でできることは、自分でできるように支援している。栄養ケア計画は、栄養士が1カ月の状態を見直し、「栄養ケア モニタリング」を作成している。栄養ケアマネジメントは、すべての入居者に実施されている。</p> <p>食事の事故対応方法は、緊急時対応マニュアルが作成されており、「スキルチェックシート」で確認・徹底している。また、入居者の食事量や水分量などは、「24時シートのケース記録」に記録されている。</p>

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	<p>「24Hシート」に、「オーバーテーブルに必要物品を準備する。義歯の汚れ残しの確認」とあり、入居者が主体的に取り組むための支援を行っている。口腔ケアに関する研修は、栄養士が4月11日に「食事観察のポイント」など口腔ケアに関する研修に参加し、7月1日に職員14名が参加し伝達研修を実施している。</p> <p>口腔ケアの計画は、栄養ケア計画の中に口腔ケアについて示されている。口腔機能の保持・改善を目的として、歌を歌ったり、発声し口の周りの筋肉を動かしたりする支援プログラムの「リハビリ喫茶」に取り組んでいる。入居者の口腔内のチェックは、日々の介護の実施記録の「24Hシート」で確認できる。</p>
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	<p>褥瘡対策の標準的な実施方法は、「褥瘡発生・予防に関する指針」「褥瘡予防マニュアル」が作成され、ケアプランの施設サービス計画書(2)に予防の取り組みが示されている。また、スキルチェックシートの実施や月1回開催の「褥瘡対策委員会」報告などで職員への周知徹底を図っている。委員会は、医師、看護師、介護士、施設長、管理栄養士、機能訓練士など関係職員が連携し実施されている。委員会報告書では、ケアの進捗状況が写真などで報告され、ケース記録や24Hシートで記録されている。また、委員会ではオムツアドバイザーからの情報など、最新の情報を発信し、その情報が現場でも共有されていることがケース履歴などで確認できる。そして、栄養管理委員会において、褥瘡高リスク者を栄養面で調査し、「褥瘡・排泄評価表・計画表」として、栄養状態、排泄介助、自立度などを表にして、褥瘡のリスクを評価している。</p>
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。	<p>Ⓐ ・ b ・ c</p> <p>「リハビリテーション実施計画書」の「ご本人に行ってもらおうこと」という項目に、ご本人に取り組んでもらうことを具体的に示して、実施できるように支援している。計画書の中に「担当チーム」が示され、医師や他のリハ専門職と連携していることが示されている。また、計画書の「リハビリテーションプログラム」に、「リハに来るときは車いすを自走してくる」とか「歩行器を使って来る」など日々の生活動作の中での機能訓練が示されている。計画は、3か月ごとに見直され、評価されている。月4回程度の医師のユニット回診があり、「担当チーム」の専門職も一緒に回診しており、「ユニット回診議事録」に具体的な連携内容が示されている。</p>
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。	<p>Ⓐ ・ b ・ c</p> <p>「聞き取りチェックリスト」を作成した後、アセスメントを作成することで、より本人の認知症状やBPSDについて把握している。施設サービス計画書(1)の「総合的な援助の方針」のなかで、支持的・受容的な関わりについて示され、日々の関わりの記録は「ケース履歴」で確認できる。</p> <p>9月11日に「認知症及び認知症ケアについて」というテーマで法人内研修が実施され、32名の職員が参加している。落ち着いた環境づくりとして、個人ファイルの中に、行動が特徴的な人の居室の写真がファイルしてあり、馴染みの物や写真を置いたり、リビングの席の配置の工夫などがされている。また、ユニットケアで、職員が固定されている。</p> <p>個人やグループでの継続的な活動として、週に1回希望者は仏壇へのお参りを行ったり、ボランティアの演芸を見たり、週2回程度リハビリ喫茶に参加したりしている。BPSDについての分析や支援内容は、月1回のユニット会議で分析され、支援内容が検討されていることが、会議記録で確認できる。</p>
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。	<p>Ⓐ ・ b ・ c</p> <p>「緊急時対応マニュアル」が作成され、医療機関との連携体制が確立されている。健康状態の記録は、「ケース履歴」の「健康管理」に記録されている。毎日、健康管理のチェックを行い、また「スキルチェックシート」に「異常値」が示されているためマニュアルとして活用するなど、異変に早く気付くための工夫や職員への周知徹底を図っている。</p> <p>12月11日に、「健康管理研修」が実施され18名が参加している。服薬確認は、「24Hシート」で記録され、「スキルチェックシート」、「看護マニュアル」、「介護マニュアル」で周知徹底を図っている。</p>

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。	<p>① a . b . c</p> <p>「看取りの指針」や「看取りマニュアル」、「看取り介護に関する指針」があり、終末期の方針と手順が明らかになっている。医療機関との連携体制は、「看取りの指針」の「5 医師や協力医療機関との連携体制」として示されている。終末期の意向は、入居時に説明を行い、アドバンス・ケア・プランニングについても説明している。法人研修の「看取りケア勉強会」に12名参加し、令和2年1月にはターミナルケアの研修が実施予定となっている。担当職員等への精神的ケアとして、サービス担当者会議でケアの振り返りを行い、「ケアは間違っていなかったね」とか、「家族も喜んでいたね」など気持ちを分かち合うように取り組んでいる。また通夜の席での家族の言葉を伝えたりもしている。</p>

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。	<p>① a . b . c</p>	<p>施設介護計画書を作成する際には、家族にもサービス担当者会議に出席してもらい家族の意向や希望の確認を行うほか、栄養ケア計画、個別機能訓練計画等、3か月ごとに家族への説明と同意を行っている。家族との連絡を徹底するために、家族の緊急連絡先は3件登録している。体調変化があった時にはその都度電話連絡を行ったり、家族面会時には近況を詳しく伝えたり、毎月ゆうゆうホームが出来上がった時には郵送して連携を図っている。また、年に二回家族会を開催して、直接に家族の要望や意見を聴取したり、事業所の取り組みについて伝えている。事業所で開催する講演会や、行事についてその都度家族にも連絡して、家族の参加を促している。</p>