第三者評価結果

①第三者評価機関名

株式会社　tsunagu

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人（特養57人/ショート3人）
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：https://saharagroup.jp/

【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：	４１名	非常勤職員：	８名
専門職員	生活相談員	１名		名
	看護職員	５名		１名
	介護職員	２７名		５名
	介護支援専門員	１名		名
	機能訓練指導員	２名		名
	管理栄養士	２名		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、人として心からご利用いただいている方々やそのご家族と接することを基本的な考え（礎：いしずえ）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）
- 報連相談の徹底（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、その方にとって「心地の良い場所」となるよう、意思や生活リズムを尊重したケアを提供しています。また、科学的介護にも力を入れており、全室にICT機器（眠りスキャン）を導入して心身ともに安心・安定した生活がおくれるように努めています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和７年１０月２３日（契約日）～ 令和８年３月１０日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	５回（令和４年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

共通評価

●2024年度までの中長期目標展開表の到達水準として、「全介護職員は介護福祉士及び実務者研修者100%を継続」や「外国人技能実習生受け入れ拡大：22年5名、23年7名、24年10名」などがあり、目標達成されている。2025年以降の測定可能な数値目標として、稼働率92%や月平均55.2人など具体的数値を用いて実施状況が評価できるものとなっている。そしてアクションプログラムなどにより進捗状況を把握し、2025年度よりの3年間の中長期計画を作成しており、必要に応じた見直しが行われている。

●新任職員に対しては、リーダーを担当者としてＯＪＴに取り組んでいる。3ヶ月から6ヶ月は勤務を合わせて支援している。日々の取り組みの記録は、支援記録や技能実習日誌に記入され、面談記録は一次評価記録として残されている。また、介護職員を対象に「スキルチェックシート」を活用しＯＪＴに取り組んでいる。階層別・職種別・テーマ別研修は、全職員がオンライン研修に参加している。いつでも、どこでも研修に参加でき、重要な研修は録画し、何回かに分けて全職員に視聴してもらうよう配慮している。

●毎年、スキルチェックシートを用いての、各職員の振り返りや支援の質を高める取り組み、そして、オンライン学習にも力を入れており、常に利用者の立場に立った支援が行えるよう法人全体として取り組んでおり、特筆すべきは、その取り組みを、しっかりと職員各自にフィードバックまで行う体制が整っていることである。

●毎年行っている利用者満足度調査の取り組みでは、郵送や手渡しだけでなく、QRコードも活用するなど、柔軟な発信方法を取り入れ、広く意見集約できる体制を整備している。また、いただいた貴重な意見に対して、施設全体で改善に取り組み、結果報告をホームページや機関誌を通じてしっかり発信し、信頼関係の構築にもつながっている。

内容評価

●介護テクノロジーの導入は全ベッドに見守り支援機器を導入し、職員一人ひとりにインカム、スマートフォンを配備している。そのことにより、職員連携の向上や、利用者の覚醒状態に応じたサービスを提供することにより、サービスの質の向上や職員の負担軽減による働き方改革を図っている。また、今年度は、排泄予測デバイスを使用して、利用者の排泄特性を把握し、排泄ケアの改善を図り業務負担の軽減を目指している。

●昨年は能登半島地震のため、家族会を開催することができなかったが、今年は11月末に開催する予定で各家族へ通知を出している。家族会では年間の行事の報告、リハビリの様子（映像で）、導入している介護テクノロジーの説明や体験、看取りについて、薬剤情報、会計について等様々な報告が行われている。当日会場参加できない人のために、オンラインでの参加もできるように配慮している。

◇改善を求められる点

●苦情体制が整備され、ポスター掲示や重要事項説明書への記載により利用者へ周知・説明しているが、重要事項説明書には第三者委員の記載が見られない。中立公正の立場である第三者委員の存在周知の配慮が望まれる。

内容評価

●現在取り組んでいる目標の、中長期的な展開に期待します。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、高い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いきます。

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	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、理念・基本方針は、重要事項説明書や月1回発行の広報紙「のとじま悠々ホーム」、法人広報誌「いしずえ」にも明示され、また額に入れて玄関にも掲示されている。理念や基本方針は、理事長の年始の挨拶の際、また全体会議やリーダー会議において話され職員へ周知されている。法人広報誌「いしずえ」は能登半島地震以降発行されていないが、今年度発行に向けて準備している。パンフレットは温もりのある写真を使い、温かい施設の印象となっている。そして品質マニュアルに沿ったQMS活動、また年4回記入している人事評価票で理念・基本方針にどれくらい取り組めているのか、自己評価することで周知状況を確認している。

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	七尾市の事業者連絡会に参加し、介護保険制度の動向も把握し、毎年10月から11月にSWOT（経営分析表）を作成している。施設の強み、弱み、課題などを抽出し、経営環境の適切な把握、分析に取り組んでいる。
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	「経営分析表」の「経営課題」及び「重点課題の検討表」が作成され、経営環境の課題や問題点を明らかにしている。理事会は令和6年度は6回実施（内1回書面）されており、役員間での共有している。コストに関するアクションプログラムの途中経過をリーダー会議で説明し、各リーダーはユニット会議で説明している。また、年2回の一般職員も参加するMRにおいても、アクションプログラムの取組状況も説明している。アクションプログラムにおいて前年度の達成状況を振り返り、課題を抽出し、4月の事業計画の説明の際に経営状況や改善すべき課題を職員に周知している。ISOのQMS活動に取組み、10月に職員の意見聴取、11月に事業計画立案の会議や利用者満足度調査を行い、意見や要望を把握し、集計・分析を行い、8月と2月にマネジメントレビュー（MR）にて評価を実施し、解決・改善に向けて具体的に取り組んでいる。

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	「中長期目標展開表」により、2025年より2027年の3年間の中長期計画が策定されている。計画は、理念に基づき、①サービスの質の向上（基本方針3つの徹底、科学的介護の推進）、②働き方改革（DXの推進による働きやすい職場づくり、③BCPの推進、④収益・コスト、⑤地域福祉活動が経営課題（テーマ）として挙げられており、理念との整合性が取られたものとなっている。また、2024年度までの中長期目標展開表の到達水準として、「全介護職員は介護福祉士及び実務者研修者１００%を継続」や「外国人技能実習生受け入れ拡大：22年5名、23年7名、24年10名」などがあり、目標達成されている。2025年以降の測定可能な数値目標として、稼働率９２%や月平均55.2人など具体的数値を用いて実施状況が評価できるものとなっている。そしてアクションプログラムなどにより進捗状況を把握し、2025年度から3年間の中長期計画を作成しており、必要に応じた見直しが行われている。

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	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。「2025年度　事業計画」は、「1. サービスの質の向上　1）基本方針3つの徹底　2）科学的介護の推進」など、「2. 働き方改革　1）DXの推進　①Dfreeの活用　②インカムの活用」など、「3. BCPの推進　1）自然災害BCP対策の継続的見直し、2）感染症BCP対策の継続的見直し、3）サイバーBCPの策定」など、「3. 地域福祉活動の推進　①事業継続計画（BCP）の推進」など、「4. 収益・コスト　1）入所率・稼働率のアップ　2）ショート利用の促進」など、「5. 地域貢献活動　1）介護予防教室等の支援　2）環境美化活動の継続など、中長期計画と連動した単年度計画を策定している。また、「事業計画要約・総括表」が作成され、優先順位を明確にしている。そして、アクションプログラムやMRにより実施状況の評価が行われている。
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	事業計画策定の流れは、10月に2法人の各施設長や法人本部が出席して実施される「人事評価委員会」において作成される。各施設長は人事評価委員会に参加する前に、アクションプログラムのやり残しなどの課題を示し、全職員がSWOT分析を実施する。そして、その分析結果をもって人事評価委員会に参加し、経営分析を行い、計画化されている。事業計画は、リーダー会議で周知され、次に各リーダーがユニット会議に参加し、周知している。事業計画に記載されている項目は、アクションプログラムに基づき取り組まれており、職員参画のもと策定されている。事業計画の実施状況は、9月頃と2月（総括）頃にMRにて報告されている。また、「事業計画中間報告」や「事業計画総括報告」を作成し、定められた時期に評価している。SWOT分析を実施することで、強み、弱み、期待されていること、できること、できないことを「経営分析表」に示し、計画の見直しを行っている。
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	事業計画は、毎年家族会で説明している。今年度は11月29日に家族会が実施される予定である。その際の資料に写真を入て内容を周知している。また、施設の広報紙「のとじま悠悠ホーム」4月号にも掲載している。そして、「事業計画要約・総括表」をA3に拡大し施設内に掲示し、利用者・家族への周知に取り組んでいる。

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MRに基づき、重点課題が設定され、各種計画に反映され、進捗状況をアクションプログラムやMRで確認し、課題を整理し、課題として挙げられたものは事業計画に載せられるなど、PDCAサイクルに基づき取り組んでいる。評価を行う体制として、MR、アクションプログラムの振り返り、内部監査、自己チェックリストなどに取り組み、内部監査は年2回実施している。内容の大差はないが、5月は内部監査のチェックリスト、8月は石川県のチェックリストを使用している。そして内部監査の実施報告は、MRにおいて行なわれている。また、年に1回以上自己評価に取組み、考察も行い、第三者評価も定期的に受審している。評価結果を分析・検討する場は、人事システムや教育システムを評価する人事評価委員会である。
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	MR議事録や満足度調査結果などに、課題が明文化されている。また、第三者評価の結果はSWOT分析に組み込まれている。課題はMRやアクションプログラムの振り返りで検討し、リーダー会議やフロアー会議においても職員間での課題の共有化に取り組んでいる。そして、年2回のMRやアクションプログラムなど、職員参画のもとで改善策が策定され、見直しも行われている。

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	管理者は、「経営・管理に関する方針と取組み」について「品質マニュアル」の中に明記している。また、自らの役割と責任について、広報紙「のとじま悠悠ホーム」やホームページに掲載している。職務分掌等については「品質マニュアル」で文書化され、業務分担についても「職能定義書」に示し、職員に周知している。有事における管理者の役割と責任や不在時の権限委任については、「職務権限規程」で明確にし、防災マニュアルや緊急対応マニュアル、BCPにも示されている。

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。	ⓐ・ b ・ c	管理者は、利害関係者との適切な関係を保持するため、「品質マニュアルの“購買”」や「経理規程」に基づき、法令遵守に取り組んでいる。今年度の法令遵守に関する研修は、4月にオンライン研修にて、「倫理及び法令遵守に関する研修」を全職員が受講している。研修の内容は虐待防止・身体拘束禁止、プライバシー保護などである。また、施設長は「令和7年度　能登地区公正採用選考人権啓発推進委員研修会」にも参加している。「遵守すべき法令等」については、「介護・福祉法制一覧表」として、54の法令が示され、施設運営に必要な幅広い分野について把握し、取り組んでいる。
Ⅱ－1－(2)　管理者のリ-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。	ⓐ・ b ・ c	福祉サービスの定期的、継続的な評価・分析は、年1回の満足度調査や年2回の自己評価により取り組んでいる。管理者は、リーダー会議やユニット会議などに積極的に参加し、現場の意見を吸い上げ、課題を明らかにしてその対策を示すことに力を入れている。職員の意見を反映する取り組みは、人事評価での個人面談、MR、SWOT分析とCS活動などである。全職員が参加し、SWOT分析で課題を洗い出し、CS活動で改善提案が行われている。職員への研修は、オンライン学習が導入され、充実した研修体制となっている。「教育計画」に基づき実施され、実施の確認も可能である。
13	② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	ⓐ・ b ・ c	人事、労務、財務等を踏まえた分析は、SWOT(経営分析表)が作成されている。働きやすい職場環境への具体的な取り組みとして、DXの推進やジョブメドレー(オンライン研修システム)などを導入している。また、人材育成およびサービスの質の担保のため、自分たちで動画を作成するなど、視覚的なツールを導入している。 施設内には全部で12の委員会や会議が設置され、管理者はそれらの会議に参加し、業務改善やサービスの質向上に取り組んでいる。

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	ⓐ・ b ・ c	人員体制や人材の確保と育成に関する基本的な考え方は、「品質マニュアルの7.2力量」に示されている。人員体制についての具体的な計画は、「2024年度事業報告」において、次年度(2025年度)の有資格者の目標値を表にして示している。そして事業報告書の中に前年度の実績が示されており、計画に基づいた人材の確保・育成に努めている。効果的な福祉人材の確保として、介護技能実習生の受け入れと定着に取り組んでいる。実習生の知識・技術の向上のため、令和6年度は認知症基礎研修を3名が受講した。また、実務者研修を1名が受講している。
15	② 総合的な人事管理が行われている。	ⓐ・ b ・ c	「期待する職員像」や人事基準は、「人事評価表」に示されている。また、「等級フレーム」を使用し、人事効果に取り組み、職員処遇の水準についての評価・分析を実施している。人事評価表の中に職員の意向を記入してもらい、職員の意向を確認した上で面談に臨んでいる。また、法人として「いしかわ魅力ある福祉職場」の認定を受けている。施設ではリーダーをOJT担当として、新採用職員のOJTに取り組み、「等級フレーム」を用いてキャリアパスの視覚化に努めている。
Ⅱ－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。	ⓐ・ b ・ c	施設の労務管理や有休の取得状況、時間外労働のデータ把握は、施設長が責任者である。ただ、法人として衛生委員会が設置されており、法人全体の状況を把握し、各施設・事業所に改善を促す役割を担っている。職員の「心身の健康と安全の確保」を目的として、業務改善委員会が月1回開催され、動画を作成しグループ職員全員が視聴することができ、職員に周知されている。職員の悩み相談窓口は、産業医、施設長、総務職員、看護師であり、看護師は職場の衛生推進者にもなっている。職員との個別面談の機会は、人事評価における個別面談が実施されている。福利厚生として、予防接種やワクチン接種は家族も含めて半額補助。ワーク・ライフ・バランスへの配慮として、短時間正社員制度、産後パパ育休、娘の出産のための休暇、ノー残業デイ、メモリアル休暇などに取り組んでいる。福祉人材や人員体制については、「中長期　目標展開表」や「2025年度事業計画」などに反映され実行している。福祉人材の確保・定着の観点から、2009年にISOを取得し、2018年に「石川ワークライフバランス企業　知事表彰」、2021年「石川健康企業宣言」、2023～2025年「石川障害者雇用推進カンパニー」、2023年「石川男女共同参画推進企業」などに取り組んでいる。

Ⅱ－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	「等級フレーム」を用いて、法人の期待する職員像を明確にしている。また、3ヶ月に1回自己評価を行い、自己評価の後に一次評価の面談が年4回実施され、「成績評価」「行動評価」のフィードバックを行うことで、職員一人ひとりの目標設定を行っている。一般職員との人事効果面談は、リーダーと主任が行い、必要な場合には施設長が面談を行う体制となっている。4月から始めて、1月から2月の合議評価、3月に最後のフィードバックなど適切に進捗状況の確認が行われている。
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	「期待する職員像」は、「人事評価表」に「標準行動」、「モデル行動」として明示されている。職員の専門技術や専門資格は、「品質マニュアル」の「7.2　力量」で明示されている。 職員の研修は、オンライン研修の計画に基づき実施している。計画と実施状況は、「2025年度教育計画」で示されている。研修の評価と見直しは、「研修計画フロー図」に基づき10月に職員から意見聴取を行い、事業計画へ反映している。また、月4回のグループ各事業所・施設の長が参加する「人事評価委員会」でも取り組んでいる。
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	職員一人ひとりの知識や技術・資格の把握は、「資格一覧」を作成し、4月と10月にリストを更新し、最新の情報管理に努めている。新任職員に対しては、リーダーを担当者としてOJTに取り組み、3か月から6か月は勤務を合わせて支援している。日々の記録は、支援記録や技能実習日誌に記入され、面談記録は一次評価記録として残している。また、介護職員を対象に「スキルチェックシート」を活用しOJTに取り組んでいる。階層別研修、職種別研修、テーマ別研修は、全職員がオンライン研修に参加している。この他、集合研修や外部講師を招いての研修などにも取り組んでいる。
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	実習生の受け入れに関する基本姿勢等の明文化は、「実習受け入れマニュアル」が作成されている。現在は介護福祉士のみの受け入れである。学校が用意した実習プログラムを基本に、実習担当職員が打ち合わせを行い、実習プログラムを作成するなど、実習前、実習中など学校と連携している。介護福祉士の実習指導者は現在4名いる。施設長、副施設長、事務長、看護部長、介護主任、各リーダー6名が参加するリーダー会議に置いて、実習生を受け入れたときの実習の在り方について施設長を中心として議論し、有意義な実習となるよう実習指導者に対して助言している。

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	ホームページにおいて、法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、福祉サービス第三者評価の評価結果などが適切に公開されている。また、ホームページには、法人の広報誌「いしずえ」が掲載されており、「満足度調査」、「ご意見」、「苦情・相談」などについて発信している。但し、法人の広報誌「いしずえ」は、能登半島地震以降休刊しており、今年度より発行する予定である。これまで、法人の存在意義や役割を明確に示していた法人広報誌「いしずえ」が発行されることを期待する。施設の広報紙「のとじま悠々ホーム」は、毎月発行され、本人・家族へ配布しており、行事の予定、入所者の様子、職員紹介など、写真がたくさん使われ、施設での生活状況が分かりやすいものになっている。
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	施設における事務や経理、取引等に関するルールは、「経理規程」に明示されている。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。 施設の財務について、顧問税理士に毎月会計チェックを受けており、指摘事項があれば、文書で提出される。前年度は指摘事項がなかった。

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	2025年度の事業計画には「地域福祉活動の推進」として明記があり、玄関受付横には、ラックを設置し地域の社会資源についてのリーフレット等が手に取りやすい様に準備されている。コロナ禍以降も、ボランティアとの直接的な交流はできていないが、地区の秋祭りでは、施設まできてもらい、窓越しに楽しんでもらうなどの取り組みを行っている。また、地域とのつながり活動として、地域のスーパーの移動販売や家族付き添いによる一時帰宅、病院へのお見舞い、社会福祉施設利用者余技展覧会に利用者が書いた書道を送り、表彰してもらうなどの交流活動も積極的に行っている。ホームで整備している果樹園については、一般公開の予定で動いていたが、能登半島地震の影響もあり、現在は見送っている。
24	② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	(a)・b・c	ボランティア受入マニュアルが作成され、受け入れ体制が整備されている。また、重要事項説明書には、実習生受入について明記され、インターンシップや介護福祉士養成課程　介護実習、外国人技能実習生などの受入についても積極的な体制を整備している。学校教育の場には、認知症サポーターの講師として積極的に参加している。しかし、コロナ禍以降は、施設内へのボランティア受入はいまだ行っておらず、施設の外にあるプランターのお手入れ等にボランティアが来てくれている。
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	社会資源一覧が作成され、職員へは回覧にて周知されている。また、一覧は、玄関先の掲示板に掲示され、各ユニットにも配布されているため、職員はいつでも閲覧することができる。関係機関との連携については、七尾市介護保険事業者連絡会や老人福祉施設協議会、七尾市社会福祉協議会、七尾市健康福祉審議会などに積極的に参加し、中にはオープンチャットを作っているところもあり、より気軽に、課題共有や対応の相談、施設の空室状況の共有といった連携強化につながっている。
Ⅱ－4－(3)　地域の福祉向上のための取組を行っている。			
26	① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	(a)・b・c	七尾市介護サービス事業者連絡会や七尾市社会福祉協議会との参加や情報共有を通じて、地域の課題や福祉ニーズの共有を図っている。また、月1回（12、3月はなし）地域への出前講座を行っており、多職種が交代して参加し、様々な角度から地域の福祉ニーズをくみ取れるよう努めている。
27	② 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。	(a)・b・c	実務者研修の養成会場として提供を行なったり、七尾市の配食実態調査に基づいてののとじま地区への配食サービスを受託・実施している。また、介護予防教室（多職種により出前講座）や認知症カフェを開催している。福祉避難所としても災害時には地域住民の受入体制が整備されており、能登半島地震を受けて、教訓として管理者と地区町会長とで意見交換の機会も設けている。

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。	(a)・b・c	職員倫理規定には、利用者を尊重したサービス提供について明記されており、周知方法については、理事長からの年頭挨拶での全体発信から、施設内での掲示、マニュアル配布により発信、毎月の職員会議の際に基本方針の唱和を行い、徹底した周知に努めている。ケアマニュアルには、「プライバシーへの配慮」「自立支援に向けた取り組み」等の利用者を尊重したサービス提供が書かれている。また、職員は毎年、スキルチェックシートを用いて、自己チェックを行い、リーダーがチェック後、主任以上で合議評価を行う体制をとっており、サービス向上に余念なく取り組んでいる。
29	② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	(a)・b・c	プライバシー保護マニュアルを作成され、サービス提供時のプライバシー配慮については、居室・食事・入浴・排泄・通信が挙げられている。オンラインでの研修項目内や24時間シート、スキルチェックシートには、入浴や排泄時は、基本同性介助を行うことが記載されている。訪室時は、入口扉のノックの徹底や安全面に配慮して、扉を開けている方には、入り口に暖簾を掛け丸見えにならないよう配慮がされている。利用者・家族等への周知については、ホームページ上での掲載、施設内での掲示、重要事項説明書を用いての説明を行っている。

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	ホームページ上に法人と施設の情報を公開しているほか、法人の機関誌（いしずえ）やパンフレットは、コミュニティセンター、地元の銀行、病院等に置かれている。また金沢以北の社会福祉施設には送付している。入所相談は生活相談員がパンフレットや重要事項説明書を使用して説明しており、感染対策の為、施設内の見学は実施していないため、タブレットを使って居室やリビング等の雰囲気を見てもらっている。タブレット内容については、伝わりやすさを重視し、都度内容を更新してわかりやすいものに作りこまれている。毎月「のとじま悠々ホーム」（機関誌）を発行してホームの生活や取組について発信している。
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	契約時は契約書、重要事項説明書による説明に併せて看取りの指針、実地指導説明書、料金表、実習生の受入についても説明して、書面では分かりづらい内容は、タブレット内のパワーポイントにて補足し、画像などを用いて分かりやすく説明を行い、同意をした書面を交付している。成年後見制度を利用している人は2名いる。
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	施設の移行や入院については相談支援マニュアルに基づき行われている。入院等の場合には、嘱託医の紹介状、看護師、栄養士からのサマリー、介護医療連携用紙（能登地区の病院施設の共通用紙）の活用だけでなく、病院とzoomでつなぎ、顔の見える関係での情報共有も行っている。退去届に相談窓口が書かれており（コピーして渡している）、退去後にも相談できる事を伝えている。
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	毎年満足度調査を実施しており、調査方法は郵送・手渡しの他、用紙に記載されたQRコードを通してWEBでの回答も受けている。調査は10の項目プラス自由記載欄が設けられており、集計結果は家族会を通じてだけではなく、機関誌やホームページ上にも記載し公表されている。また、利用者からは、週2会のミニ茶話会を通じて意見交換の機会を設けており、直接の要望や意見については集計したものをリーダー会議で検討して具体的な改善につなげている。
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	苦情体制が整備され、ポスター掲示や重要事項説明書への記載により利用者へ周知・説明しているが、重要事項説明書には第三者委員の記載が見られない。中立公正の立場である第三者委員の存在周知の配慮が望まれる。意見箱の設置は、事務所受付横では書きにくさがあるとの配慮にて、面会室内に設置してある。利用者満足度調査を毎年実施して、その際に寄せられた意見については対応策を含めて機関誌で公表されている。苦情があった場合には、「苦情相談対応マニュアル」に沿って受付解決を行うことになっているが今年度は事例はない。
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	重要事項説明書には苦情の受付先として七尾市、国保連、石川県運営適正化委員会の連絡先が記載されている。利用者が日常的に接しているユニットの介護スタッフ以外にも生活相談員、ケアマネ、看護職員等傾聴に努めた対応をすることがケアマニュアルに記されている。会議室の活用や相談室は用意されているが、ユニットケアであり個室であるため自室でプライバシーに配慮した相談が行われている。家族からの意見については毎年のアンケート調査で意見を出してもらい回答・対応を行っている。
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	日常的な相談等にはユニットの職員が対応しているが、生活相談員も毎日全ユニットを巡回または食事介助等にて交流しており、利用者から直接相談等を受けとれる関係が築けている。ケアマニュアルには相談を受けるときにはプライバシーの配慮をすること、話し合う時の角度は90度を意識すること、解決が難しい時には解決できる人につなぐ事等が記載されている。 家族からの意見はアンケート調査で収集し機関誌や個別に回答している。これまでには、「面会室にはアクリル板があるため、声が聞こえづらい」「部屋まで行って顔を見たい」といった要望が聞かれ、相談室にスピーカーを設置したり、zoomを用いて居室にいる利用者とやり取りできるよう改善対応している。
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	施設におけるリスクマネジメントの責任者は施設長であり、施設長は毎月安全対策委員会を開催しヒヤリハット報告書、事故報告書の分析・検討を行い予防と再発防止に努めている。 事故発生時のマニュアルは、日勤・夜勤に分けてフローチャート化され、各ユニットや医務室、事務所の見やすい箇所に掲示され、内容については安全対策委員会にて毎年見直している。また、法人の品質マニュアル内にも「不適合サービスの管理」として、管理、責任者を明記しており、迅速な対応につながる体制が構築されている。損害賠償に対応するため、全社協の「しせつの損害保険」に加入している。

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	毎月感染対策委員会を開催して施設における感染対策の確認と予防に努めている。感染対策マニュアルは各ユニットに配布され、看護師からもその都度感染対策についての指導を行っているほか、オンライン学習も導入し、感染対策には余念がない。また、マニュアルは委員会で毎年見直している。昨年は協力医療機関から「感染手技のレクチャー」を、そして今年は別の協力医療機関から「現場の感染対策をラウンドにて確認してもらう」取り組みを行っている。母体法人にクリニックがあるため、毎年そちらの方からの感染症についての注意喚起や啓発が行われている。毎年11月には「感染症テスト」を全職員に実施し、満点を取るまでくり返し取り組んでいる。
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	3か月毎に開催する防災管理会議の基「防災計画」「防災マニュアル」を整備して防災訓練を実施している。防災計画作成時には地域のハザードマップを基に施設の立地上の特性を考慮している。悠々ホームでは近くに農業用ため池があり、それが決壊した時の対応（水害）等も計画に盛り込んでいる。また、志賀原発も考慮して原発事故時の対応についても検討している。昨年の能登半島地震を経験し、これまでの想定基準を超える災害であったため、以降は想定基準を高めた内容に変更している。年二回防災訓練を実施して、その際にはAEDの使用、ハイムリック法等の実践的な訓練も同時に行っている。備蓄は衛生用品等と食品等に大別し、衛生用品は看護師が、食品は栄養士が管理者となりそれぞれリスト化して保管している。食品類の備蓄はローリングストックの方法で、消費しながら入れ替える方法をとっている。

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	一日の生活場面における支援の流れはフロー図化されており、それを文章化したのもとして、「スキルチェックシート」が作成され、ケアマニュアルとしてまとめられている。マニュアルは、ケアの際にはプライバシーに配慮すること、傾聴すること、利用者を尊重する姿勢が盛り込まれたものになっている。 職員は毎年1度スキルチェックを行い、リーダーが1次評価した後に主任以上で合議評価を行っている。その結果は職員にフィードバックされ確認、気づきにつなげている。そのことによりマニュアルに基づいたサービス提供が行われているかを検証している。
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	「業務フロー図」や「スキルチェックシート」、各種マニュアルは人事評価委員会（法人全体）や各種部門・委員会で定期的に検証及び見直しを行っている。施設内のリーダー会議には施設長も参加し見直しの必要性について直接スタッフから意見・提案を聴取している。 スキルチェックシートの項目には、「個別介護計画に基づくモニタリングが出来る」「利用者・家族の意向を確認することができる」という内容もあり、職員のスキルアップにつながっている。計画内容に変更の必要がある際は、随時プランや24時間シートに反映されている。プラン更新時やアンケート調査時、新聞の発行等を通じて、家族意見を聴取してマニュアルへ反映させている。
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。			
42	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。	(a)・b・c	ケアマネジャーがアセスメント（包括的自立支援プログラム）を行い原案を作成しサービス担当者時会議でケアプランを周知している。入居時は初回プランを2週後をめどに計画更新し、より状態に合った内容に変更している。サービス担当者会議は本人、生活相談員、ケアマネ、管理栄養士、介護、看護、機能訓練等各職種、医師や家族等（照会を含む）の参加により開催している。モニタリングは3か月ごとに短期目標について検討して評価の後、新しいケアプランを作成している。 ケアプランとともに「24時間シート」も活用しながら、かつ、近年は、ICTも積極的に導入し、おむつ外しへの適切な介入や眠りスキャンを取り入れ、利用者に最適なケアプランを作成し、適切な支援を提供している。
43	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。	(a)・b・c	ケアプランの見直しについては、「施設ケアプラン作成マニュアル（業務フロー図）」があり、3か月ごとにモニタリングを行い、評価の後、介護計画を更新することとしている。サービス担当者会議には介護支援専門員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員、介護職員、家族等の参加のもと、ケアの方法について意見交換を行い、支援の方向性の確認を行っている。3か月より前に状態が大きく変化した時にはその都度担当者会議を開催し、状態に応じた支援内容となるよう対応している。

Ⅲ－２－（３）　福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
44	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。	(a)・b・c	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。24時間シートのほか、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・共有されている。記録する職員間で記録内容に差異が生じないよう、「施設職員のための介護記録の書き方」を教材にした研修やオンライン学習、スキルチェックシートによる施設内の独自基準を設けた評価を行っている。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。
45	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	記録の保管や保存、破棄、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、個人情報の不適性利用や漏洩に関する対策は「個人情報に関する基本方針」を定めている。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を明記している。オンライン動画研修を用いて、個人情報の管理・保護内容も含め、学習後にレポート提出にも取り組み、サービスの質向上に取り組んでいる。個人情報の取り扱いに関しては、契約時に「個人情報に関する基本方針」を用いて十分な理解が得られるよう説明を行い、利用者・家族に覚書・同意書をもらっている。

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。	(a)・ｂ・ｃ	介護サービス計画に基づき「24時間シート」を作成している。ニーズに加えて、利用者が望んでいる一日の暮らしをまとめた「24時間シート」を使用することにより、一人ひとりの望む暮らしの情報を職員が共有し、介護者による差のない介護を目指している。さらに見守り機器の活用により、利用者の覚醒の状態に応じたケアを提供することでケアの効果・質を高めている。レクリエーションやアクティビティプログラムを各種用意して、利用者が好むものを選択してもらい楽しんでいる。
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。	(a)・ｂ・ｃ	法人の基本方針には「丁寧語の徹底」「挨拶の徹底」が明記されて、毎月の全体会で全員で唱和するとともに、人事考課のチェックシートでも確認し徹底している。日常的には、必ず声かけをしてからケアを行い、利用者とのコミュニケーションを取るように心掛けている。失語症の人には、その人専用のイラストを活用したコミュニケーションボードを作成している。また、発語が難しい人とは、筆談や指差し等でコミュニケーションを図っている。リハビリ喫茶は、利用者の楽しみにしているプログラムで、そこでの会話を楽しんだり、嚥下機能の維持を行っている。
Ａ－１－（２）　　権利擁護			
A⑤	① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	(a)・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一時的に実施する際の手続きや方法が、「虐待防止のための指針」には万が一虐待が起きた場合には所管行政への届出・報告についての手順が定められており、研修を通じて職員への周知を行っている。職員個々は、スキルチェックシートを活用して、権利擁護の理解度を確認している。今年度は4月、9月に研修を実施し、指針等の見直しは5月に行っている。虐待防止・身体拘束廃止委員会は毎月開催して虐待や拘束の事例がないことを確認している。また、実際に他県で起きた虐待事件の事例を用いて、どのようなことが虐待に繋がっていくかを検討して、防止に努めている。

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。	(a)・ｂ・ｃ	各ユニットは、海に面した大きな窓や、天窓からの採光もあり明るく清潔に整えられている。フロアの清掃は、掃除ロボットが行い、細かいところの清掃は職員が行っている。年間を通して、職員が適温になるようにエアコンを使い、換気にも配慮しながら管理している。ユニット内には、ソファや観葉植物、大型のテレビ等を配備して、くつろげる環境となっている。利用者の生活の継続性に配慮して、家から椅子やテーブル、家電等を持ってきてもらい、自宅に近いような環境作りに配慮している。利用者一人ひとりの状態に合わせて、ベッドの高さを調整したり、畳が好きな人にはベッドの下に畳を敷いたり、転倒・転落防止のためにマットを敷いたり工夫を行っている。

A－3　　生活支援

		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。	(a)・b・c	寝たままの状態で入浴の出来る浴槽と心肺負担の少ないミストシャワーの出来る浴槽、さらに各ユニットに個浴の浴槽と、三種類の入浴設備が用意されて利用者の心身の状態に最も適した入浴ができるように配慮している。入浴マニュアルには安全に配慮して入浴することや、衣類の着脱の際に羞恥心への配慮を行うことが記されている。入浴を嫌がる人には、時間を変えた声かけや、入浴日の変更をして無理強いしないように対応している。どうしても嫌がる人には、清拭を実施することもある。入浴の際には、体温、血圧、サチュレーションをチェックして異常が見られるときには、入浴日の変更や清拭に切り替えている。仰臥位入浴を利用している人で感染症のある人は、プライバシーに配慮して入浴順を後にずらしている。
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。	(a)・b・c	各ユニットには、洗浄機能付きのトイレが用意されている他、利用者の状態や希望に合わせて、ポータブルトイレも使用している。自然な排泄が可能になる様、水分補給の実施や乳製品の提供を行っている。また、排泄予測デバイスを使用して、利用者の排泄特性を把握したり、見守り支援機器を活用して利用者の覚醒の状態に合わせた排泄介助やトイレ誘導を実施している。 便秘が続いたり出血がある場合には、必要に応じて排せつ物のチェックをして健康状態の確認をしている。排泄マニュアルには、介助時の羞恥心への配慮として戸やカーテンを閉めてプライバシーに配慮することが記されている。利用者の三分の一の方は尿意・便意の訴えが可能であるため、その都度トイレ誘導等を実施している。また、訴えることが難しい人でも前述の介護テクノロジー機器の活用により、気持ちの良い排泄ができるような体制をとっている。
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	常勤の作業療法士1名と、あん摩マッサージ指圧師1名を機能訓練指導員として配置している他に、兼務で理学療法士を1名配置して、手厚い機能訓練の体制を敷き、利用者の自立に向けた取り組みを行っている。歩行訓練や立位訓練の他、リハビリ喫茶では様々なゲームやレクリエーション活動を楽しんでもらいながらADLの向上を目指している。車いすや介護ベッドも、利用者一人ひとりの身体状況に合わせて、車いすの座面高や、ベッドの高さの調整を行い福祉用具が最適に使用できるように配慮している。車いすでの移動や、移乗ができる人には安全に配慮して見守りを行い、自分でできる事をしてもらっている。移動に介助が必要な方へは、見守り支援機器とインカムの使用により、出来るだけ近くにいる人間が対応できる体制をとっている。
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	給食は、外部委託となっているが、ホームの管理栄養士が、利用者に献立や味付け等についてヒアリングを行い、月に一度給食の委託先の栄養士と話し合い利用者の好みに合うような献立の作成や食形態の変更を行っている。月に一度は、季節や行事に合わせた食事を提供しており、今月は行事食としてすき焼きが提供されている。食事の提供時間は決められているが、通院などで帰宅遅くなった時には、ユニットで温めなおして温かい食事がとれるようにしている。 食堂・リビングは十分な広さがあるので、隣の人と間隔をあけてゆったりと椅子に座り、安定した姿勢で食事を楽しんでもらっている。また、クリスマスには食事の時にクリスマスカードを添えたり、誕生日には誕生カードを添えるなどして雰囲気づくりにも配慮している。朝食時には、乳製品が出るが、ヨーグルト、乳酸飲料、牛乳のいずれかを自由に選択することができるようになっている。
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	栄養マネジメント強化加算を算定しており、管理栄養士の配置、栄養ケア計画の作成、ミールラウンドの実施を行っている。利用者の栄養状態の把握のために、食事摂取量の把握（毎日）、体重測定（毎月）、血液検査の記録を行ってその情報を活用して、低栄養だけでなく心身の状態を把握してより良いケアに努めている。また、見守り支援機器を活用して、利用者の覚醒状態を把握して、適切な食事の提供を行っている。利用者には自助食器や小さめのスプーン等を用意し、自分で出来ることは自分でしてもらい、自分で食べる楽しみをもってもらうように支援している。食事の時間帯には看護職員が勤務しており、介護職員も緊急時対応マニュアルに沿った研修を受けて、食事中の事故に備えている。食事形態は、利用者の状態に合わせて7種類の形態を用意している。

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	居室に洗面台があり、自分で歯磨きができる方には、声かけや誘導を行い、毎食後に歯磨きをしてもらっている。困難な方には、職員が口腔内をジェルやガーゼを使いきれいにしたり、義歯の方には洗浄の介助や夜間の保管に支援をしている。口腔ケアの際には、歯や義歯、口の中にトラブルがないか確認し、必要があれば歯科受診へとつなげている。職員は口腔ケアに関するマニュアルに沿って、研修を受けて、さらに、一人ひとりがスキルチェックシートで自分の力量を確認している。 栄養ケア計画は口腔ケアも含んでおり、24時間シートにも利用者の口腔ケアについて記載している。
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	褥瘡発生・予防に関する指針や、褥瘡予防マニュアルがあり定期的な研修で職員への周知を行っている。また、褥瘡予防に関するスキルチェックシートの実施により、職員自らが自分の習熟度合いを確認するシステムをとっている。褥瘡予防のため、エアマットの使用、排泄見守り支援機器の活用、体位交換、毎日の皮膚の観察、嘱託医による診察等を行っている。実際に褥瘡が発生した時には専門医の受診や、ケアを行う時には、看護職員と介護職員が一緒に行い共有してもらっている。利用者の体位交換やポジショニングの写真を、その利用者の室内に掲示して周知徹底を図っている。蒸れが褥瘡発生原因の一つであるという認識より、オムツ内が蒸れないように、オムツアドバイザーによる研修や、見守り支援機器の有効な活用により、適切なオムツ介助をしている。褥瘡対策の体制として、施設長、介護職員、看護職員、管理栄養士、機能訓練職員、医師等が参加する褥瘡対策委員会や栄養管理委員会があり毎月検討を行っている。
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。	(a)・b・c	全体での機能訓練・介護予防の取り組みとしては、「リハビリ喫茶」でのゲームやパズル等の机上活動、みんなの体操への取り組み等がある。個別のものとしては、個別機能訓練計画に基づいて、リハビリ専門職による手足可動域訓練や四肢体幹の筋力増強訓練、立位訓練、歩行訓練等を行いADLの向上を目指している。また、外部の理学療法士の訪問による、生活機能向上訓練も行われている。 個別機能訓練計画は、医師、リハ職、介護職、看護職等の多職種が参加して、3カ月毎に生活機能チェックシートで評価を行い更新されている。
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。	(a)・b・c	認知症による行動・心理症状のある利用者には、先ず傾聴と受容的態度で接している。そのうえで、例えば帰宅願望の強い方には、行動を制限せずに、一緒に散歩に出かけという支援を行っている。また、安心して落ち着ける環境作りとして、家で使っていたいすやテーブル等の家具を持ち込んだり、お気に入りのぬいぐるみや家族の写真等を部屋に置いている。また、ユニット内にゆったりと座ることのできるソファや観葉植物等を配置して利用者が落ち着ける環境づくりに取り組んでいる。 職員配置も、利用者が不安にならないよう、馴染みの職員がケアできるように基本的にユニット毎の配置を心がけている。 趣味の活動も継続性に配慮して、家にいるときに行っていた編み物や習字、くす玉づくり等をしてもらっている。この他、レクリエーション活動メニューとして、塗り絵、パズル、プリント等を提供して継続的な活動ができるように配慮している。 毎月のリーダー会議には嘱託医も参加してくれ、最新の認知症医療に関する情報提供やアドバイスを受けている。
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。	(a)・b・c	毎日バイタルチェックを行い、介護ソフトに記録して、それを各職種が確認して、利用者の体調変化に留意している。見守り支援機器の活用も並行して行い、アラーム機能を使用して利用者の異変の兆候をいち早くつかめるようにしている。各データーは職員が装着しているモバイル端末（スマートフォン）で共有し、緊急時には装着しているインカムを使い連絡を取っている。 「緊急時の対応マニュアル」は、日勤時と夜勤時の対応方法について纏められて各ユニットに置かれている。体調変化についての研修は職員各自eラーニングで行うほか、スキルチェックシートを用いて自らの到達度を確認している。また、利用者一人ひとりの状態については看護職員からの指示も受けている。 服薬管理は、看護職員が名前・日付・薬チェックを行い、朝、昼、晩と食事の時に介護職員へ渡している。

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。	(a)・ b ・ c	過去にも看取りの事例は数多くあり、現在も見取り期の方が3人いる。看取り介護に関する指針があり、利用者・家族、嘱託医、施設が連携して看取りを行うことが定められている。 施設入居時に、見取りについて家族の意思確認をしているが、実際の看取りになった時には「急変時や終末期における医療等に関する意思確認書」で4項目にわたって説明を行っている。初めに、自分らしい最期を迎えるためにでは悠々ホームで行うケアについて、次に見取りアンケートでは最期をどうゆう風に迎えたいか、3番目には看取り介護について説明を行い、最期に看取り介護についての同意書を、利用者・家族、医師、施設との間で結んでいる。医療行為に関しては点滴や吸痰（日中のみ）の対応は可能となっている。精神的ケアについては、家族はもちろんのこと、亡くなった利用者の担当職員に対しても、嘱託医からのケアが行われている。

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。	(a)・ b ・ c	家族への定期的な連絡は、毎月請求書を発行する際にお便りを同封したり、ケアプランの更新時の際の意向聴取やプランの説明等を行っている。利用者が受診した時や体調変化時には、架電による連絡・報告をその都度行っている。昨年は能登半島地震のため、家族会を開催することができなかったが、今年は11月末に開催する予定で各家族へ通知を出している。家族会では年間の行事の報告、リハビリの様子（映像で）、導入している介護テクノロジーの説明や体験、見取りについて、薬剤情報、会計について等様々な報告が行われている。当日会場参加できない人のために、オンラインでの参加もできるように配慮している。 家族の要望は、面会に来訪した時（毎月面会に訪れる家族が8割）やケアプランの更新時に聴取する他、満足度調査を実施して事業所の運営に反映させている。満足度調査からは多くの家族が、施設のケアに信頼を寄せていることが見て取れた。