

## 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(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。理念・基本方針は、重要事項説明書や月1回発行の広報紙「のどじま悠々ホーム」、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。また、理念や基本方針は、理事長の年始の挨拶の際や、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。</p> <p>令和4年度にパンフレットを新しくしている。温もりのある写真を使い、温もりのある施設の印象となっている。</p> <p>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んでいるのか、自己評価することで周知状況を確認している。</p>

#### I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果	コメント
I-2-1(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>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、「経営分析表」を作成している。施設の強み、弱み、課題などを分析し、経営環境の適切な把握、分析に取り組んでいる。</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>「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。</p> <p>理事会は年4～5回実施されており、役員間での共有がなされている。</p> <p>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。</p> <p>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にて評価を実施し、解決・改善に向けて具体的に取組んでいる。</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。	Ⓐ・b・c	<p>「中長期目標展開表」により、2022年より2024年の3年間の中長期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働き方改革、②サービスの質の向上、③地域福祉活動の推進、④収益・コストが経営課題(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。</p> <p>また、中長期目標展開表の到達水準には、「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、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いる。アクションプログラムなどにより進捗状況を把握し、次年度よりの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。</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。	Ⓐ・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。「2022年度 事業計画」は、「0. 感染対策 ①スタンダードプレコーションの徹底」など、「1. 働き方改革 ①ケアパレットの有効活用(音声入力の実施/活用)」など、「2. サービスの質の活用 ①眠りスキャンの活用」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入所率のアップ」など、中長期計画と連動した単年度計画を策定している。</p> <p>また、「重点課題検討表」を作成し、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(働き方改革)やアクションプログラム(サービスの質の向上)が作成され、実施状況の評価が行われている。</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。	Ⓐ・b・c	<p>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。</p> <p>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(働き方改革)やアクションプログラム(サービスの質の向上)のように、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。</p> <p>事業計画の実施状況は、9月ごろと2月(総括)ごろにMRにおいて報告されている。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を実施している。</p> <p>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。</p> <p>事業計画の実施状況は、アクションプログラムの進捗状況でもあり、進捗状況を月例会で示し考察している。また、MRでも報告され、各リーダーからユニット会議で報告され、職員への周知や理解を促すための取組を行っている。</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。	Ⓐ・b・c	<p>事業計画は、家族会で説明している。今年度4月の家族会は書面会議で実施され、その際の資料に写真を入れたりして周知している。また、個々の課題については、施設の広報紙に記載している。事業計画の優先事項である「働き方改革」の取り組みとして、広報紙で技能実習生を顔写真入りで紹介したり、満足度調査の結果を知らせたりしている。</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。	Ⓐ・b・c	<p>満足度調査やMRI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まれている。</p> <p>評価を行う体制は、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組んでいる。内部監査は5月と8月に実施している。内容の大きな違いはないが、5月は内部監査のチェックリスト、8月石川県のチェックリストを使用している。</p> <p>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を受審している。評価結果を分析・検討する場合は、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。</p>
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。	Ⓐ・b・c	<p>「経営分析表」や満足度調査結果などに、課題が明文化されている。課題はMRやアクションプログラムの振り返りで検討し、共有化に取組み、職員の参画のもとで改善策が策定され、見直しも行われている。</p>

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。	Ⓐ・b・c	<p>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は、ホームページに掲載している。</p> <p>職務分掌等については、「品質マニュアル」で文書化され、職員に周知されている。</p> <p>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、防災マニュアルや現在作成中のBCPで明確にされている。</p>
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	<p>管理者は、「遵守すべき法令」等について「法令遵守規定」を作成し、法令遵守に取り組んでいる。</p> <p>今年度の法令遵守に関する研修は、昨年度から取り入れたeラーニング研修システムにより、「倫理規定及び法令遵守」を全職員が受講している。</p> <p>「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、取組を行っている。</p>
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。	Ⓐ・b・c	<p>福祉サービスの定期的、継続的な評価・分析は、満足度調査やQMS(ISO)により取り組んでいる。</p> <p>福祉サービスの課題への具体的な改善対策として、AIを使った体温計を導入し、顔認証により、データ管理もしてくれ、感染対策及び業務改善にもつながっている。</p> <p>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。また、人事評価や個人面談、MRなどに取組み、職員の意見の反映に努めている。</p> <p>職員への研修は、コロナ禍でもあり、昨年度より導入したeラーニングによる研修に取り組んでいる。研修は、職種や役職によりテーマが異なっている。</p>
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	<p>人事、労務、財務等を踏まえた分析は、「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組みとして、音声による記録システムやジョブモデル(eラーニングの研修システム)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。</p> <p>施設内には、業務改善委員会など8つの委員会と3つの会議が設置されており、業務改善やサービスの質の向上のために取組まれている。</p>

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	<p>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、「人事評価表」に示されている。人員体制についての具体的な計画は、「中長期 目標展開表」の「働き方改革」の中に、有資格者などの増員について記載されている。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。</p> <p>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に取組み、現在5名の介護技能実習生を受け入れている。</p>
15	② 総合的な人事管理が行われている。	(a) ・ b ・ c	<p>「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、人事考課に取組み、職員処遇の水準についての評価・分析を実施している。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
II-2-(2)			
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>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。</p> <p>職員の悩み相談窓口は、産業医、施設長、総務職員、看護師である。看護師は職場の衛生推進者にもなっている。</p> <p>総務通信が発行され、健康診断、予防接種、ワクチン接種、ワーク・ライフ・バランス、メンタルヘルス、制度改革などについて職員へ情報を発信している。</p> <p>ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組みは、短時間正社員制度、産後パパ育休取得者1名、ノー残業デー、記念日には優先的に有休取得できる、忘年会の代替としての特別支給金などの配慮が行われている。</p> <p>福祉人材や人員体制に関しては、「中長期 目標展開表」や「2022年度事業計画」などに反映され実行している。また、「アクションプログラム(働き方改革)」において取組み状況を把握しながら、取組みを進めている。</p>
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	<p>「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、2か月に1回自己評価を行い、年2回人事考課の面談があり、「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。一般職員との人事考課面談は、6人のリーダーと3人の主任が行い、必要時施設長が面談を行う体制となっている。</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>「期待する職員像」は、「人事評価表」に明示されている。職員の専門技術や専門資格は、「品質マニュアル」の中の「資格者一覧」で明示されている。</p> <p>職員の研修は、eラーニングのジョブメドレーの計画に基づき実施している。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1回の人事評価委員会でも取組んでいる。</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1人ひとりの知識や技術・資格の把握は、「資格認定者リスト」を作成し、4月と10月にリストを更新し、最新の情報の管理に努めている。</p> <p>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。階層別研修、職種別研修、テーマ別研修は、全職員が、eラーニングの研修に参加している。</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。	Ⓐ・b・c	<p>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。但し、コロナ禍の中で、介護の実習生は希望がなくて来ていない。</p> <p>専門職のための実習生を受け入れる場合は、学校と話し合い、実習要綱に沿って実習に取り組んでいる。インターンシップの場合は、学校と話し合い、施設の方でプログラムを作成している。</p> <p>技能実習生を受け入れており、指導者には資格が必要で、3年で更新している。実習計画の作成が義務化されており、担当省庁に提出しており、専門職の研修・育成に積極的に取り組んでいる。</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。	Ⓐ・b・c	<p>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」などについて掲載されている。</p> <p>法人の広報誌「いしずえ」は、以前は1年に1回発行していたが、コロナ禍になって以降、2年に1回の発行である。2021年第10号では、法人の「感染症蔓延防止対策」や「見守り支援システム」、「外国人技能実習生の受け入れ」、「ボランティア」、「ご意見・ご要望」など法人全体の事業の取組状況が示されるなど、地域に対して法人の存在意義や役割を明確に示すものとなっている。</p> <p>施設の広報紙「のどじま悠々ホーム」は、毎月発行され、本人・家族へ配布されている。施設の行事の予定、行事での入所者の様子、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。</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。	Ⓐ・b・c	<p>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。</p> <p>施設の財務について、税理士より監査支援を受けている。また、令和2年度に、監査法人に依頼し、公認会計士による外部監査を実施している。令和2年6月20日付けの「監査報告書」にて確認できる。</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。	Ⓐ・b・c	<p>今年度事業計画の重点事業の中に「地域福祉活動の推進」が挙げられている。玄関受付の情報コーナーには地域の社会資源に関するリーフレット等を用意して提供している。コロナのため現在はボランティア活動はできていないが、地域の祭りには神輿がホームまで来てくれて利用者を楽しませてくれたり、リンゴ狩りに出かけたり地域との交流を行っている。ホームで整備している果樹園(のどじま悠々公園)を、今後一般開放して地域の人たちが自由に利用できるように計画・整備しているところである。</p>
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。	Ⓐ・b・c	<p>ボランティア受入マニュアルがありそれに基づいた対応を行うことになっている。実習生の受入れについては重要事項説明書にはインターンシップ、介護福祉士養成、外国人技能実習生等を積極的に受け入れて、教育実習の場を提供することが明記されている。ただ、現在はコロナ感染予防の観点から受入れは中止している。</p>
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。	Ⓐ・b・c	<p>社会資源一覧を作成し、職員へは回覧し周知している。また、一覧表は各ユニットに配布されて自由に見る事が出来る。玄関の掲示板にも地域の情報についての掲示が行われている。コロナ以降対面での開催はないが、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等に参加、連携を図っている。</p>

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への参加や七尾市、七尾市社会福祉協議会との情報交換等をつづけて地域の福祉ニーズの把握を行っている。また、出前講座を開催することにより、直接地域の人たちと交流する中で様々な福祉ニーズの把握に努めている。
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	七尾市の配食実態調査に基づいてニーズを把握してのどま地区での配食サービスを受託・実施している。介護予防教室(公民館、集会所等での出前講座)の開催や認知症カフェの実施、実務者研修への施設会場の貸し出し等もしている。福祉避難所として災害時には地域住民の受入れ(備蓄、場所)体制も整えられている。地域との共同防災訓練等については現在町会と調整中である。

### 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	職員倫理規程には利用者を尊重したサービス提供について明記され、職員会議時に唱和し確認している。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」等利用者を尊重したサービス提供を行うことが記されている。各種会議、研修を通じて職員ひとり一人が利用者本位のケアに取り組んでいる。サービスの質の向上のため、職員は毎年スキルチェックシートにより自己チェックを行い、それをリーダーが一時チェックしそのあと主任以上で合議評価し職員へフィードバックしている。
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には、サービス提供時にプライバシーに配慮する場面として、①居室②食事③入浴④排泄⑤通信が挙げられている。入浴や排泄は基本同性介助を行うことが24時間シートで確認できる。居室は利用者の家であり、職員は入室時にはノックし、入ることを徹底している。安全確認のためドアを開け放している利用者にも、入り口に暖簾をかけて、中が丸見えにならないように配慮している。プライバシー保護について倫理規定の掲示や重要事項説明書の中で利用者・家族への周知を行っている。
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	法人の機関誌(いしずえ)やパンフレットは七尾市役所やその支所、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。ホームページにも法人と施設の情報を公開している。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いる。コロナのためユニットへの立ち入りは制限しているが、タブレットを使って居室を見てもらっている。毎月「のどま悠々ホーム」(機関誌)を発行してホームの生活や取組について伝えている。
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、実習生の受入れについても説明して、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3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則り行われている。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用紙)を情報提供している。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いる。調査方法は郵送・手渡しその他、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、集計結果は機関誌やホームページを通じて公表されている。また、利用者からの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>(b)</b> ・c	苦情の体制は整備されていて、ポスター掲示や重要事項への記載により利用者へ周知・説明しているが、重要事項には第三者委員の記載が見られない。コロナ禍により施設内への立ち入りが出来ないため、より架電等による申し立てへの配慮が望まれる。意見箱の設置はあるが特に意見は寄せられていない。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。	<b>(a)</b> ・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等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。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。	<b>(a)</b> ・b・c	日常的な相談や意見聴取は一義的にはユニットの職員が対応しているが、生活相談員も毎日前ユニットを巡回して利用者からの発信を受けとれるように努めている。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への配慮をすること、話し合う時の角度は90°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対応している。コロナ以降家族からは「行事やリハビリなど見る事が出来ない」という意見が寄せられていて、それに対し「ユニット内で感染対策に配慮して内容の充実に努めている」そして「計画書の説明時や施設新聞で引き続きお伝えする」と回答が行われている。
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。	<b>(a)</b> ・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る。施設長は毎月安全対策委員会を招集して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。施設における安全対策担当者養成研修の修了者は4名いる。 事故発生時のマニュアルはフローチャート化され、安全対策委員会にて毎年見直しが行われている。リスクマネジメントに関する研修として、今年度は「防犯について」「交通事故防止」「救急救命」「リスクマネジメント」についての研修を実施していることを確認した。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。	<b>(a)</b> ・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ていて、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。マニュアルは委員会の方で毎年見直しを行っている。コロナだけでなくインフルエンザの予防接種や毎日の検温、手洗い、消毒の継続も同時に実施している。今年は県看護協会による「感染症の発生及びまん延防止」の研修を受け予防体制を強化している。この研修では、ゾーニングや防護服の着脱等の実践的なものを学び、施設内の発生に備えている。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。
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。	<b>(a)</b> ・b・c	防災管理会議の下「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。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。今年は県民一斉防災訓練(シェイクアウトいしかわ)に参加し安全行動について体験し防災意識を高めている。 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。9月には水分補給ゼリー飲料と栄養ゼリーの入れ替えを行っている。

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 ケアマニュアルは「スキルチェックシート」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て確認、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)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を提案を聴取している。 コロナ以降直接に家族等の意見の聴取は難しくなっているが、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広く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会議でプランの周知をしている。入居時は初回プランの2週後をめぐりに計画を更新している。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」も活用しながら利用者に最適なプランを提供している。
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は「施設ケアプラン作成マニュアル(業務フロー図)」によれば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、家族等の参加がありケアの方法について意志一致をとっている。3か月以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緊急に対応している。
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。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なっている。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、外部との連携を行なっている。
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 利用者の記録の保管や保存、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」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を明記している。年一回、法人内で「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。様々な媒体からの個人情報の拡散など時代に合わせた事例も取り入れながら研修を行なっている。また、昨年よりオンライン動画研修を導入し、個人情報の管理を含め、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・同意書ももらっている。

## 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	<p>入所時に本人の状況を情報収集し、フェースシートを作成している。フェースシートの「本人・家族の希望」、それを基に「24時間シート」が作成される。この「24時間シート」の本人の「意向・好み」、「自分で出来ること」、「生活リズム」、「自分でできること」、「サポートが必要なこと」などを記入し、その内容に沿って入所者の活動が取り組まれている。</p> <p>この「24時間シート」は、3か月ごとにモニタリングが実施されている。また、「買物」、「新聞を読む」、「カップラーメン食べたい」など入居者の生活の楽しみについても記載されている。</p>
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	<p>全職員には、介助時に必要な声かけを行うように徹底している。そのために実践確認のため年1回スキルチェックシートに取り組んでいる。新規採用職員は年2回実施している。</p> <p>入居者の思いや希望の把握は、「24時間シート」で示され、日々に取り組むべき事項も示されている。</p> <p>入居者への接し方や言葉づかいなどの徹底は、自己チェックに取組み、リーダーの1次評価、主任による合議評価と段階的に評価に取り組んでいる。</p> <p>入居者が話したいことを話せる機会は、「施設計画サービス書」及び「24時間シート」のモニタリング時の面談の際に、意向を確認している。</p> <p>本人の意向については、日々の生活の中で思いを聞き取るように心がけている。また、半年に1回嗜好調査も実施している。</p>
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。	Ⓐ・b・c	<p>「のじま悠々ホームマニュアル綴り」というファイルがあり、この中に、「権利擁護関係マニュアル」、「身体拘束廃止マニュアル」、「虐待防止指針」などの規程・マニュアルが整備されている。そして、「虐待防止・身体拘束廃止委員会」が月1回2つの法人の担当者が参加して実施され、職員の理解を図るとともに権利侵害防止と早期発見に取り組んでいる。委員会では、「虐待の芽チェックリスト」を集計し、考察し、職員へ周知している。</p> <p>また、入居者や家族への周知は、重要事項説明書に明示しており、契約時に必ず周知している。</p> <p>具体的な手続きや手順については、「身体拘束廃止マニュアル」、「虐待防止指針」などに明示している。</p> <p>職員が具体的に検討する機会は、各会議である。月1回の「虐待防止・身体拘束廃止委員会」で明らかになった課題は、担当者会議、ユニット会議で話し合われる。</p>

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	<p>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。ユニット内の室温は、冬季間は22度から24度に、夏季間は24度から27度を目安に職員が管理している。また、感染防止のために1日中窓を少し空け、換気を行っている。以前は乾燥防止のため洗濯物を室内に干していたが、現在は感染防止のため洗濯物は高温乾燥している。</p> <p>入居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、テーブルが置かれている。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来てもらっている。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。</p>

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。	Ⓐ ・ b ・ c	<p>特浴、個浴、個浴リフト浴の3種類の浴槽が設置されている。利用者の心身の状況、意向をアセスメントし、「24時間シート」に入居者の意向を明示している。入浴は最低週2回を目標に、福祉用具等を活用して行われている。</p> <p>入浴マニュアルには、入浴時の危険防止について、洗身洗髪の手順、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。また、マニュアルに沿った支援が行われているか、職員一人ひとりが年に1回、新規採用職員は年2回スキルチェックを行い、振り返りを行っている。</p> <p>入浴を拒否する入居者には、声かけを工夫したり、次の日に変更して、無理強いせずに入浴支援に取り組んでいる。</p> <p>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、バイタルチェックを行う看護師が判断している。</p> <p>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い、入居者が安全・快適に入浴できるように配慮されている。</p>
A⑧	② 排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	Ⓐ ・ b ・ c	<p>各ユニットごとに、4か所の洗浄付きトイレを設置している他、排泄の自立支援のためにポータ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食事の時、喫茶の時、15時のおやつ時には、水分を必ず摂取するよう支援している。</p> <p>補助的に乳製品や食物繊維などを摂ったり、お腹のマッサージや運動を取り入れている。</p> <p>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。</p> <p>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、利用者一人ひとり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。</p> <p>3年前のいしかわ介護フェスタで、悠々ホーム職員が介護技能グランプリ(排泄部門)最優秀賞を受賞をした。現在は、コロナ禍で実施されていない。</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「施設サービス利用計画書」や「24時間シート」に沿ってリハビリを行っている。また、入居者の状態に合わせた、スタンダード、跳ね上げ式、リクライニング、キルトの4種類の車いすが置かれている。</p> <p>「スキルチェックシート」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。「スキルチェックシート」は、自己評価を行うとともに、毎年介護術研修を行って職員への周知を行っている。今年度は12月と1月に、機能訓練員が各ユニット会議時に3回に分けて実施することになっている。</p> <p>入居者の声かけやコールに素早く対応できるように、介護職員はPHSを常に携帯している。</p> <p>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、環境設定に配慮している。</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、コロナ前は向かい合って、会話しながら、職員も介助しながら、一緒に食事をしてきた。現在は、皆同じ方向を向いて、一定距離をおいて食事を摂っている。</p> <p>嗜好調査と施設の管理栄養士と給食会社の栄養士が出席する給食会議において、献立を決めている。提供方法については、本人の希望で温め直したり、可能な限りその人の食べたい時に提供している。また、週に一度、主食をパンかご飯に選択できる。</p> <p>また、水分補給は大切なので、好みの飲み物を提供し、本人が食べられる食事形態にも配慮している。副食は、軟菜、一口大、刻み、極刻み、ミキサー、塩分制限、糖尿病食等に分けて提供している。ゼリー食は、看取りケアの際に提供している。</p> <p>経口摂取が難しい方には、担当者会議で検討し、可能な限り経口で摂取できるよう工夫している。自分が食べることが出来る方には、食べやすくなるように本人に合った自助食器を活用している。</p> <p>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、委託業者の栄養士が毎年食品衛生責任者研修会に参加している。そして、施設の管理栄養士は、報告を受けている。</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、「職種別 予定／実施献立表」で示されている。</p> <p>栄養ケア計画には、担当者会議で話し合われた内容が反映されている。自分で食べる能力が残っている方に対して、スプーンや皿など、自助食器を活用することなどが示されている。</p> <p>栄養ケア計画は、管理栄養士が1か月の状態を見直し、「栄養ケア モニタリング」を作成し、すべての入居者に栄養ケアマネジメントが実施されている。</p> <p>食事時の事故対応方法は、「誤嚥 緊急時対応マニュアル」が作成され、「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時間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>口腔ケアの支援内容は、「24時間シート」に示されている。口腔ケアは、現在は各居室内の洗面台で行い、必要な準備や介助を行っている。歯のない入居者へは、ガーゼで拭き取ったりスポンジブラシを使用し、ケアしている。</p> <p>口腔ケアの研修は、eラーニングを利用し、各自視聴している。口腔ケアの計画は、栄養ケア計画の中に口腔ケアの項目が含まれている。実際に「24時間シート」に具体的取り組みが示されている。</p> <p>但し、歯科医師等の助言・指導を受けて、口腔状態等の定期的なチェックは行われていない。その取り組みに期待する。</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。	Ⓐ ・ 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)や「個別機能訓練計画書」に予防の取り組みが示されている。</p> <p>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、治癒に至るまで確認を行っている。</p> <p>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24時間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。</p> <p>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> <p>褥瘡の発生予防・ケアに関する研修は、eラーニングによる「褥瘡治療のこれまでと未来」というテーマで視聴している。</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。	Ⓐ ・ b ・ c	<p>「個別機能訓練計画書」の「ご本人に行ってもらいたい」という項目に、ご本人に取組んでもらうことを具体的に示して実施できるよう支援している。具体的な対応は、「24時間シート」に示され、生活リハビリにつながるよう支援している。この「個別機能訓練計画書」は、3か月ごとに評価・見直しされている。</p> <p>週に1回、医師とPTが施設内を回診し、その際に助言・指導を受けている。助言の内容は「ユニット回診議事録」に記録されている。</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。	Ⓐ ・ b ・ c	<p>「フェースシート」で情報を収集し、「24時間シート」や「ケアチェック要約表」が作成されている。入居者への配慮すべき事項は「24時間シート」に示されている。また、職員の支持的・受容的関わり・態度など、支援の質の確保のため「スキルチェック」に取組んでいる。</p> <p>「24時間シート」は、3か月ごとに評価・見直しされており、行動・心理症状(BPSD)のある入居者への生活上の配慮も行っている。</p> <p>認知症の研修については、12月から来年1月にかけてeラーニングで取組む。</p> <p>継続的な活動については、「24時間シート」の「生活リズム」で具体的に示している。例えば、自宅で毎日お経を読んでいた方がいて、声を掛けるとお経を読み始める方がいる。</p> <p>BPSDについては、週1回のユニット回診時に検討されている。</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。	Ⓐ ・ b ・ c	<p>利用者の体調の変化に気づいた場合の対応は、図式化した「緊急時対応」が作成され、各ユニットにも掲示している。</p> <p>入居者の健康確認と健康状態の記録は、「バイタル表」や「24時間シート」に記録されている。</p> <p>入居者の異常に早く気付くための工夫として、介護ロボットの「眠りスキャン」を2021年度より導入している。ベッド上での睡眠、呼吸心拍数が把握でき、体調変化に早期に気づくことができる。</p> <p>健康管理の研修は、eラーニングで取組んでいる。体調変化時の対応の職員への周知は、「スキルチェックシート」の「状況変化」の項目に取組み、徹底している。入居者の服薬確認状況は、「24時間シート」の「生活リズム」に示されている。</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。	㉠・b・c	<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。</p> <p>終末期のケアに関する研修は、eラーニングで実施されている。看取りであっても、家族は居室に入れない。そのため、最後はホールにある和室で面会や最後の看取りをしてもらっている。</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。	㉠・b・c	<p>入居者の状況を家族に伝える機会は、「施設サービス計画書」のモニタリング時に報告している。また、月1回「お便り」を郵送し、施設での生活の様子をたくさんの写真を使って伝えている。この他、電話やメール、オンラインでのやり取りもある。家族とのやり取りは、「ほのぼの」というシステムの「ケース記録」に保存されている。</p> <p>家族に要望を聞く機会は、モニタリングの他に、年1回の「満足度調査」がある。この「満足度調査」は、人事評価委員会で集計され、運営会議やリーダー会議でも検討される。ご意見の中には職員への感謝の言葉もあり、職員のモチベーションアップにもつながっている。</p> <p>コロナ禍であり、アクリル板越しの面会であり、耳の遠い方は聞こえ辛い状況があった。「直接声を聞きたい」という要望もあり、スピーカーを設置した。すると、声がしっかりと聞こえるようになり、直接触れ合うことはできないが本人・家族ともに喜んでいる。</p>