

## 新潟県福祉サービス第三者評価結果公表基準

## 1 第三者評価機関名

公益社団法人新潟県介護福祉士会
-----------------

## 2 受審施設・事業所

## (1) 施設・事業所情報

(評価結果確定日現在)

名称：社会福祉法人高田福祉会 サテライト型特別養護老人ホーム笛吹の里	種別：介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)
代表者氏名：施設長 関原 礼敏	定員：29名 (利用人数) 28名
所在地：〒943-0131 新潟県上越市大字藪野138番地	
連絡先電話番号：025-522-3030	FAX番号：025-522-6380
ホームページアドレス	<a href="http://www.takadafukushikai.com/publics/index/11/">http://www.takadafukushikai.com/publics/index/11/</a>
<b>【施設・事業所の概要】</b>	
開設年月日：平成20年4月10日	
経営法人・設置主体(法人名等)：社会福祉法人高田福祉会	
職員数	常勤職員：20名 非常勤職員：10名
専門職員	(専門職の名称)
	施設長 1名
	看護師・准看護師 1名 3名
	生活相談員 1名(兼務)
	介護支援専門員 1名(兼務)
	介護職員 13名 4名
	栄養士・管理栄養士 2名
	歯科衛生士 1名(兼務)
	機能訓練指導員 1名
施設・設備の概要	(居室数) ・個室 29室
	(設備等) ・リビング 2室 ・多目的室(機能訓練室) 1ヶ所 ・相談室 2室 ・医務・看護室 1室 ・浴室 4か所 一般浴 3か所 特殊浴室 1か所

## (2) 理念・基本方針

## &lt;基本理念&gt;

～笑顔あふれる毎日～

- ・その人らしく笑顔あふれる居心地の良い暮らし
- ・家族の笑い声が響きあう空間と信頼の構築

- ・ 専門家としての自覚といつも絶やさぬ笑顔
- ・ 笑顔の交差点があり、地域とともに生きる施設

<事業所運営方針>

住み慣れた地域の中で、その人らしい生活が継続できるように地域やご家族との交流を大切にしたいと考えています。そして、愛着のある品々に囲まれた家族的な雰囲気によるサービスを提供いたします。

### 3 評価結果

#### (1) 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和7年6月1日（契約日） ～ 令和8年2月16日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	4回（令和4年度）

#### (2) 総評

##### ◆ 特に評価の高い点

##### ○多職種協働、連携を強化し、利用者支援に生かす取り組み

事業計画の中で、取り組む重点課題と目標として「チーム力の強化」が挙げられている。そのためにコミュニケーションが円滑になるように取り組むことやサポート、フォローし合える関係性と雰囲気作りに努めることが記載されている。

事業所の強みとして職員・利用者・家族も含めてアットホームな雰囲気の中で支援が行われていると職員への聴き取りからも窺われる。

利用者のアセスメントやプラン策定、モニタリングは部門横断で多職種が連携しながら行っている。日常生活支援に関しても介護記録システムを活用し、情報共有することによって利用者の少しの変化にも早期に気づき対応が可能になっている。

また、身体状況や口腔ケア、食事、リハビリなど専門職の指導や助言を受けることによって、利用者のQOLを高めるよう取り組んでいる。

今後も継続して取り組むことによってさらに連携を強化し、より質の高いケアを提供していくことに期待したい。

##### ○介護ロボットやICTなどのテクノロジーを活用した働きやすい職場作り

中長期計画の中でケア方針として、介護ロボットやICTなどの発展的な活用を目指すことを掲げている。単年度の事業計画では、具体的な取り組みとして介護ロボットを増やすことやセンサーによって排泄状況を見える化すること、居室内の安全確保を目指すことなど記載されている。また、記録に関しては、パソコンと連動し、タブレット入力や音声入力も可能になっている。

今年度全居室に眠りスキャンが導入され、利用者の安全確保と職員の夜勤業務の負担軽減に効果を上げている。

また、移動リフトや移乗サポートロボットを活用することにより、利用者の自立支援にも繋げられるよう努めている。業務の効率化や職員の負担軽減のみならず、利用者の

安全・安心な生活を保障するための支援として検証しながら継続していくことに期待したい。

### ○地域や家族との繋がり、交流の促進を目指して

法人の事業計画の中で基本方針として「地域に根差し、地域に必要とされる社会福祉法人に」と明記されている。法人の基本方針を基に事業所の事業計画が策定されており、具体的計画として、地域との連携及び交流の促進が上げられ、実現に向けた取り組みを行っている。

運営推進会議を通して地域のニーズを把握するよう努めており、町内の行事等の情報については適宜利用者へも情報提供し、参加できるよう促している。具体的には、夏祭りを開催し、町内の方から準備の手伝いや屋台の運営など協力を得るとともに当日には多くの方から参加していただいた。避難訓練の際は、地域の消防団、近隣住民と連携しながら実施している。地域の小中学校の運動会を見学したり、動物ふれあい訪問を実施したり、地域と事業所・利用者との繋がりを大切にしている。

また、家族に向けてはふえふき通信やインスタグラムを活用して生活の状況を知らせたり、居室担当が手作りのユニットレターを作成して家族に送付したりしている。日々の様子をきめ細かく伝えることによって、変化に気づき、事業所の取り組みに対しても理解してもらえるよう努めている。利用者と家族それぞれの立場を理解し、適切に連携・支援していくよう取り組んでいる。

### ◆今後の取り組みが望まれる点

#### ○マニュアルの整備・見直し・活用に向けて

各種福祉サービスのマニュアルが整備されており、いつでも閲覧可能な状態となっている。食事・排泄・入浴など基本的な介助方法に加え、感染・事故防止など多岐にわたって記載されている。標準的な実施方法では対応できない利用者に対しては、ユニット会議等で検証し、個別に対応する仕組みとなっている。

マニュアルの見直しについては、定期的ではなく必要に応じて行われている。

マニュアルについては、福祉サービス実施時の留意点や利用者のプライバシーへの配慮、業務手順など福祉サービス全般にわたって定められている必要がある。職員が自らのサービスについて「振り返り」「確認」を行う上で指標となるものである。慣習や経験ではなく、標準的な実施方法に基づいて質の高いケアを行うために活用していくことが望まれる。

また、マニュアルに基づいて実施されていることを確認する仕組みも必要である。職員教育として活用していくことで、定期的に現状を検証し、PDCAサイクルが有効に機能していくことに期待したい。

#### ○利用者を主体として、事業所運営に参加を促す取り組み

ケアプランの策定に当たっては、利用者一人一人の状況を把握したうえで、生活歴や意向など丁寧に聴きとり、計画策定へと繋げている。自分で意思表示をすることが困難な利用者に対しては、家族の意見を踏まえながら、居室担当者が代弁者として意向を把握するよう努めている。

高齢化や重度化に伴い、意向の表明やプラン内容の理解が困難な状況があるが、職員は日々の関りの中で、利用者に寄り添い、声を聴き取るよう努めている。

利用者にとって、ケアプランは生活していくうえで重要かつ、個別的な計画であり、ともに目標達成のために取り組んでいく必要がある。

また、事業所の理念や事業計画についても、事業所としてどのように利用者に向き合っていくか伝える必要があり、利用者は知る権利があると言える。

利用者がQOLの向上や質の高い介護サービスを受けられるよう、事業所運営に関わる機会が提供されることに期待したい。介護度が高い利用者が多く、難しい現状ではあるが、利用者が主体であることを意識して参画を促す工夫がなされることを併せて期待したい。

### (3) 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

(R8. 2. 10)

第三者評価の受審にあたり、ご協力いただいた皆様に御礼申し上げます。第三者評価を受審したことで、現時点での施設の客観的な課題や強みを把握することができました。この結果を基に、引き続き法人基本理念である「笑顔あふれる毎日」を目指したサービス提供に努めてまいります。

社会福祉法人高田福祉会  
サテライト型特別養護老人ホーム笛吹の里  
施設長 関原 礼敏

(R . . )

(R . . )

### (4) 評価細目の第三者評価結果 (別添：公表様式2のとおり)

#### 【参考情報】施設・事業所の取組 (事業者記載欄)

(福祉人材育成の取組、サービスの質の向上に向けた取組など)

##### ○プリセプター制度による人材育成

新採用職員の技術指導において、統一した指導を行うためプリセプター制度として指導担当者を固定した指導を行います。プリセプターの選出にあたっては新採用職員と同性かつ年齢層が近くなるようにし、一早く職場に慣れるような体制を構築しています。

##### ○外部の指導ツールの導入

新採用職員の指導の進捗状況を可視化し新採用職員と指導者で共有することで指導の行き違いや指導漏れを防止しています。

# 評価細目の第三者評価結果

## 【 高齢者施設(事業所)版 】

特別養護老人ホーム 笛吹の里

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

I-1-1(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
評価細目	評価結果	コメント
1 I-1-1(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b	「笑顔あふれる毎日」を理念として掲げ、ホームページ、パンフレット、広報誌等で広く公開するとともに、事業所内にも掲示されている。理念に基づいた重点課題と目標が設定されており、実現のための具体的な計画が策定されている。職員への周知に関しては、年度初めに説明会を開催する他、スタッフ会議やユニット会議でリーダーから説明が行われている。家族に対してはパンフレットや広報誌の配布、契約時の説明等で周知を図っている。利用者本人への周知に関しては、要介護度が高く理解が難しい現状があり、取り組みに苦慮していることが窺われる。理念・基本方針は、組織の福祉サービスに対する考え方や姿勢を示すものである。今後は、個別にわかりやすい説明方法など検討し、周知することにより、一層の安心感や信頼を高めていくことに期待したい。

## I-2 経営状況の把握

I-2-1(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
評価細目	評価結果	コメント
2 I-2-1(1)-① 事業経営を取り巻く環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a	日々のニュースや国・県・市などの行政関係の資料に基づき福祉ニーズの把握・情報収集に努めている。上越市の介護保険計画により人口動態を把握したうえで、地域における福祉ニーズの変化等に対応できるよう努めている。毎月1回開催される法人の運営会議にて収支状況や稼働率、福祉サービス利用者の推移等について分析、検討が行われている。
3 I-2-1(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b	運営会議や理事会、評議員会等において経営状況や改善すべき課題について検討され、共有がなされている。経営課題については主に事業計画の中で職員に周知している。職員からの意見はスタッフ会議を通して聴く機会を設けている。職員の資質向上・人材育成に取り組んでいるが、構造的な課題があると感じているところである。職員に対しては事業所全体の課題を的確に捉え、「自ら考え、実践できる。」ようにしていきたいと考えている。具体的な取り組みを勧めていくことにより、職員の意識を高め、課題解決に繋がることに期待したい。

### I-3 事業計画の策定

I-3-1 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
評価細目	評価結果	コメント
4 I-3-1-1 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	3年を1期とした中長期計画が策定されている。現在は第三期の中長期計画に基づき事業を実践しているところである。中長期計画の策定においては、第二期中長期計画の評価を行ったうえで収支計画を含め立案されている。理念や基本方針の実現に向けた目標が明確となっており、具体的な福祉サービスの内容、環境整備、職員体制、人材育成等に取り組むことが明記されている。
5 I-3-1-2 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	法人の中長期計画を基に単年度の計画が策定されている。重点課題と目標が明らかになっており、実現に向けた具体的な計画が明示されている。実施状況については、ユニット会議で毎月話し合いを行い、達成状況を確認している。今後は、計画策定の段階において多様な職員の意見を聴取し、事業計画に対する意識と実効性を高めていく取り組みに期待したい。
I-3-2 事業計画が適切に策定されている。		
評価細目	評価結果	コメント
6 I-3-2-1 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	事業計画は、法人の中長期計画を基に生活相談員が作成している。作成に当たっては前年度の評価やユニット会議等で上がった職員の意見を反映するよう努めている。職員への周知に関しては、年度初めに説明会を開催する他、スタッフ会議やユニット会議でリーダーから説明が行われている。一部のユニットでは、目標の達成状況等について会議の中で話し合い、中間評価を実施している。今後は全てのユニットにおいて職員参画の下、定期的に評価・見直しを行い、次年度の事業計画に反映されるよう取り組んでいくことに期待したい。
7 I-3-2-2 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b	事業計画は玄関に配置され、いつでも自由に閲覧することができる。家族会の設置はなく、運営推進会議では説明を行っている。家族に対しては、契約時に説明したり、行事計画を配布したりしている。利用者に対しては積極的な発信は行われていない現状である。要介護度が高い利用者に対して、理解を促す取り組みには苦慮しているところである。しかしながら事業計画は、福祉サービスの提供に関わる事項であり、ケアの方針等わかりやすく伝えていく必要がある。今後はケアプランの担当者会議等を活用し、個別に伝える場を設けていくことに期待したい。

### I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

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。		
評価細目	評価結果	コメント
8 I-4-1-1 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	福祉サービス第三者評価を定期的に受審している。日常的な福祉サービスの質の向上に向けた取り組みとしては、各ユニット毎に毎月目標を設定し、取り組むとともに評価を行っている。施設長は、事業計画の評価を生かしてチーム状態のアセスメントができると良いと考えている。ユニット毎、シフト毎に対応している取り組みを事業所全体で考えていくことでさらに協力関係が高まることが期待される。現在の取り組みがより効果的に行われ、組織としてPDCAサイクルが有効に機能していく体制づくりに期待したい。
9 I-4-1-2 評価結果に基づき組織として取り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	福祉サービス第三者評価の結果について検討し、中長期計画に反映されるよう取り組んでいる。事業計画やユニット毎の目標については、定期的に評価・見直しを行っている。挙げられた課題はユニット会議等で話し合い、改善に向けて取り組んでいる。今後は挙げられた課題について、単年度では解決できないものも含め、予算や期限など具体的な計画を策定し、実施していくことに期待したい。

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

Ⅱ-1-1(1) 管理者の責任が明確にされている。		
評価細目	評価結果	コメント
10 Ⅱ-1-1(1)-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	施設長は自らの役割と責任について会議の場で伝えている。有事の際の対応は明文化され、緊急時及び不測の事態が生じた時の対応が明確となっている。ユニットリーダーに対しては意見を交わす場を設け成長に繋げていきたいと考え、取り組んでいるところである。今後は、有事のみならず平常時においても事業経営における責任者として、自らの役割と責任を明確にした職務分掌等について文書化するとともに職員への周知に向けた取り組みに期待したい。
11 Ⅱ-1-1(1)-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	コロナ禍以降研修の開催が減っており、参加の機会が得られない現状がある。法令遵守に関しては、市のメールや国からの通知等で情報を得よう努めている。得られた情報については必要に応じてユニット会議等を通して職員に伝えている。虐待や身体拘束についての研修を行ったり、不適切ケアについて会議で話し合いを行ったり、法令遵守の必要性について意識を高めるよう取り組んでいる。今後は法令遵守の徹底に向けた規定の整備や体制を整え職員に周知していくことに期待したい。
Ⅱ-1-2 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
評価細目	評価結果	コメント
12 Ⅱ-1-2(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、その取組に指導力を発揮している。	a	福祉サービスの質の向上については、中長期計画や事業計画の中で評価を行っている。また、年1回職員と面談を行い、目標管理や取り組み状況の把握に努めている。個別の目標だけではなく、各ユニット毎に月別の目標を設定し、質の高いケアの提供に繋がられるよう継続的に取り組んでいる。現在はリーダーの育成に重点を置き、指導を行っている。コミュニケーション研修を企画・実施するなど、リーダーが自ら考えリーダーシップを発揮する機会を設けている。それによって事業所全体の協力体制が構築され、より質の高いサービス提供に繋がっていくことが期待される。
13 Ⅱ-1-2(2)-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。	a	運営会議や理事会を通して収支報告や稼働率等課題を共有・分析し、目標設定を行っている。近年は利用者確保が難しくなっており、外部の居宅介護支援事業所等に積極的に発信することで確保に繋げている。地域性や時代の変化に対応し、安定した事業運営に努めている。また、介護ロボットや眠りスキャンなどを導入し、職員の負担軽減のため環境整備に取り組んでいる。

## II-2 福祉人材の確保・育成

II-2-1(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。		
評価細目	評価結果	コメント
14 II-2-1(1)-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	中長期計画において、人材育成の基本方針、求める人物像、資格取得の推奨等が明記されている。さらに介護職員の給与改定や雇用形態の見直し、外国人人材の採用など具体的な計画が立案されている。人材確保については計画通りに進まず苦慮している現実もあるが、ハローワークや養成校、高校生の採用など積極的に働きかけている。また、先進的な介護ロボットや眠りスキャンの導入など負担軽減と働きやすい職場作りに取り組み、離職率は低い状態である。
15 II-2-1(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b	中長期計画において、法人が求める4つの人物像が明記されている。職員個々の目標が設定されており、年1回の面談を通して取り組み状況の把握がなされている。給与規定が定められており、処遇改善やキャリアアップについて規定されている。賞与の時期には、人事考課の評価項目に沿って自己評価を行い、面談を通して適正に評価が行われる仕組みとなっている。昇進・昇格等の明確な基準は定めていないが、経験・資格・日々の勤務状態等総合的に判断して運用している。今後は、昇進・昇格基準を明確にし、キャリアアップを目指すことの意義・魅力等について職員が理解したうえで意欲を高めていく取り組みに期待したい。
II-2-2(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
評価細目	評価結果	コメント
16 II-2-2(2)-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	年1回の面談を通して就業状況の把握や意向を確認している。ワークライフバランスに配慮した取り組みとしては、法令に基づいて実施している。具体的には、育児休暇・育児時間・介護休暇等取得しやすいように配慮している。また、夜勤に関して深夜・準夜の勤務が困難な人には異動を提案したり、職員個々の事情等考慮して勤務時間を変更したりして対応している。有給休暇は自己管理であるが、データは法人で管理しており、取得日数が少ない人に対しては取得を促す通知がくる仕組みとなっている。時間外労働も少ない状況である。職員の心身の健康管理に対しては、年2回の健康診断を実施している。悩み相談等はリーダー、相談員、看護師、施設長等が対応しているが、日ごろから相談しやすい環境作りに取り組んでいる。ハラスメントについての相談窓口も設置している。
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。		
評価細目	評価結果	コメント
17 II-2-2(3)-① 職員一人一人の育成に向けた取組を行っている。	b	中長期計画の中で、法人が求める人物像として4つの項目が明記されている。職員個々に目標を設定し、課題に取り組んでいる。目標管理シートを基に自己評価、施設長との面談による評価が行われている。目標設定に当たっては各ユニットリーダーが助言を行っている。新人や経験の浅い職員は資格取得を目標として、ベテラン職員やリーダー職はチーム運営を念頭に置いて目標設定を促している。目標設定が曖昧な職員もいるため、昨年度から事業計画に沿った目標を設定し、進捗状況を確認している。昨年度からの取り組みに対して成果を検証し、全職員が意識的に目標達成に向けて取り組めるよう支援していくことに期待したい。
18 II-2-2(3)-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。	b	中長期計画の中で、法人が求める人物像が明記されており、人材育成の基本方針や取り組みについて記載されている。研修計画は事業所ごとにスタッフ会議で研修委員会が中心となり立案されている。毎月1回研修が行われ、アンケートを実施することにより評価、見直しを行っている。コロナ禍以降外部研修が減っており、参加が少ない状況ではあるが、オンライン研修等の参加を促している。資格取得については、研修参加のための休みの配慮、資格取得後の報奨制度などにより推奨している。今後は研修結果の評価・分析を行い、事業所として体系的な計画策定に取り組むことに期待したい。

19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人一人の教育・研修の機会が確保されている。	b	月1回内部研修を行っている。職員が参加しやすいよう時間内で開催されている。参加できなかった職員に対しては、資料配布や動画の視聴を促し、研修後のアンケートにて理解度を確認している。新人職員に対しては、OJTや外部ツールを活用して指導・育成が行われている。コロナ禍以降外部研修への参加や外部から講師を招いての研修開催が難しい現状がある。オンライン研修も含めて外部研修に関する情報提供を積極的に行い、参加を促すことが求められる。また、目標に沿った個々の研修計画を策定することによって専門性を高め、ステップアップに繋がることに期待したい。
Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成が適切に行われている。			
評価細目		評価結果	コメント
20	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b	実習指導マニュアルが整備されており、受け入れ窓口や指導者の役割、職員の役割等が明記されている。実習指導者養成研修を終了した職員も配置している。現状として近年は実習生の受け入れはなく、今年度は職場体験の希望者もいなかった。受け入れ態勢の準備は整備されており、今後も養成校等と連携しながら取り組んでいくことが望まれる。受け入れが少ない現状ではあるが、福祉人材を養成することの意義等について研修を行い、職員間で共通の意識を持つことが出来るよう取り組んでいくことに期待したい。

### Ⅱ-3 運営の透明性の確保

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。			
評価細目		評価結果	コメント
21	Ⅱ-3-(1)-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	法人・事業所の理念、事業計画、事業報告、福祉サービス第三者評価の受審結果などホームページで広く公開され、誰でも閲覧可能となっている。定期的に広報誌を発行し、家族の他近隣の小中学校、郵便局、地域包括支援センターなど地域に向けて配布している。町内には回覧板を活用して知らせている。また、今年度からInstagramを開設し、事業所の取り組み状況を広く発信するなど透明性を確保する工夫を行っている。
22	Ⅱ-3-(1)-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	外部の会計事務所に依頼し、月1~2回会計監査を受けている。また、法人本部監事による内部監査も定期的に行われており、内外の視点で適正な運用が実施されている。今後は職務分掌と権限・責任を明確にし、職員に周知することにより、さらに透明性を高めていくことに期待したい。

## II-4 地域との交流、地域貢献

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
評価細目	評価結果	コメント
23 II-4-(1)-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	地域との関りについて、今年度の事業計画に明文化されている。ユニットには上越市の広報誌を回覧し、地域の情報収集を行ったり、運営推進会議に町内会長や民生委員が構成メンバーとなっている為、町内行事の情報収集を行っている。今年は、コロナ渦でできなかった夏祭りを町内の方の協力を得ながら行っている。準備の手伝いや屋台も出し、地域の沢山の方から参加いただいた。また、地域の小学校の運動会も見学に行っている。今年度初の試みで、「動物ふれあい訪問」を年2回交流している。利用者の買い物や通院については、家族に依頼し、定期的に外泊をする利用者もいる。家族と過ごす時間も大切に、利用者の活動範囲を広げる支援を行っている。
24 II-4-(1)-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	ボランティアの受け入れ窓口は相談員が行っており、今年度の事業計画の中に、ボランティアの受け入れ事項と保育園・小学校等の地域交流の件、保育園児が散歩に来られるように、施設周辺の環境整備について記載がある。今後は、ボランティアに対して利用者との交流を図る視点で必要な研修、支援体制の整備とボランティア育成に向けての学習等を実施していくことに期待したい。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
評価細目	評価結果	コメント
25 II-4-(2)-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	個々の利用者の状況に対応できるように、病院、主治医リスト、地域包括支援センター等関係機関や団体についてリスト化し各ユニットに配置され、すぐに対応できるよう電話近くに置いてある。運営推進会議を定期的に行っており、包括支援センター、民生委員、町内会長、家族代表、利用者代表が参加し、地域の困りごとや、地域から施設への意見、要望等話し合いが行われている。運営推進会議での内容は職員会議で説明するなど、職員間での情報共有が行われている。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
評価細目	評価結果	コメント
26 II-4-(3)-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	同じ建物内には小規模多機能型居宅介護施設があり、運営推進会議を2ヶ月に1回合同で行っている。会議の中で地域での困りごと、(空き家問題、運転免許を返納し閉じこもりの方が増えている)の相談があり、地域の生活課題等の把握に努めている。今年度は事業所の駐車場で夏祭りを開催し、小学校から椅子やテーブルなどを借りて、地域の方から沢山参加いただいた。また、小学校で行った運動会の見学をしている。地域との交流を通して、地域の福祉ニーズの把握に努めている。
27 II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が行われている。	b	今年度の事業計画の中に、地域住民に向けた研修等の開催に関して、「看取り研修」を行い、人生会議に参加した住民より好評を頂いている。「ふえふき通信」を定期的に発行し、地域の一戸一戸に届くよう回覧板に入れてもらい、事業所の活動等分かりやすく、写真付きで掲載している。また、被災時における福祉避難所に指定され、住民の安全・安心のための備えや支援の取り組みを行っている。今後は、福祉ニーズ等に基づいた具体的な事業・活動を、計画等で明示し、多様な機関等と連携し、地域コミュニティの活性化や街づくりなどに貢献できる体制の構築に期待したい。

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

Ⅲ-1-1(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
評価細目	評価結果	コメント
28 Ⅲ-1-1(1)-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持つための取組を行っている。	b	今年度の事業計画の中に『令和7年度に取り組む重点課題と目標』があり、利用者を尊重した福祉サービスについて明示されている。権利擁護、虐待防止研修、リスクマネジメント研修を定期的実施し、毎月のユニット会議では不適切ケアの評価を行っている。また、リスクマネジメント委員会を毎月実施し、身体拘束の評価を行っている。今後は、法人や事業所の事業計画、倫理規定を職員が理解し、個々の福祉サービスの標準的な実施方法に反映、実践するための取り組みに期待したい。
29 Ⅲ-1-1(1)-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。	b	利用者の居室は全室個室となっており、面会も個々の居室で行われている。一人一人に合わせた居室環境を整え、見守りが必要な利用者に対して、居室のドアを開けているが、プライバシーに配慮しのれん等を使用している。業務マニュアルの排泄マニュアルにはプライバシーに関する記載があり、プライバシーに配慮したサービス提供が行われている。利用者や家族には契約時にプライバシー保護について説明をしている。今後は、利用者のプライバシー保護について、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務等を明記した規程・マニュアルが整備され、職員への研修によりその理解が図られることに期待したい。
Ⅲ-1-2(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。		
評価細目	評価結果	コメント
30 Ⅲ-1-2(2)-① 利用希望者に対して福祉サービスの選択に必要な情報を積極的に提供している。	a	2ヶ月に1回「ふえふき通信」を作成し、地域の回覧板、近隣の福祉施設、学校、保育園、郵便局などに配布している。事業所の活動内容は写真付きで誰でも分かりやすいように工夫している。事業所の利用希望者については、パンフレット、料金表を渡して個別に丁寧に説明している。見学はいつでも対応し、部屋や施設の雰囲気を見てもらい、公式ラインを用いて心配な事など対応している。今年度からインスタグラムを開設し、季節のイベントや行事など事業所の楽しい雰囲気を広く発信している。
31 Ⅲ-1-2(2)-② 福祉サービスの開始・変更に当たり利用者等にわかりやすく説明している。	b	福祉サービスの利用開始時には、契約書、重要事項説明書に基づき家族へ説明をしている。利用者には、パンフレットや「ふえふき通信」を用いて分かりやすく説明をしている。家族への説明時には、強調したいところは、蛍光ペンや付箋等を用いて分かりやすく工夫をしている。サービス変更時には、家族、利用者の意向を確認し、介護支援専門員を中心に多職種連携の基カンファレンスを行い、施設サービス介護計画書を作成し説明を行い、サイン、押印にて同意を得ている。今後は、サービス開始、変更時には意思決定が困難な利用者への配慮を行い、誰が行っても同じ説明ができるように組織的にルール化した取り組みに期待したい。
32 Ⅲ-1-2(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等に当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。	b	利用開始前は、同じ建物内の小規模多機能型居宅介護施設と連携し、在宅が難しくなった利用者の受け入れや、外部の居宅介護支援専門員と連携し受け入れを行っている。サービス利用が終了した後も、家族が定期的にボランティアとして玄関の草花の入れ替えに来てくれている。今後は、他の福祉施設・事業所や地域・病院へのサービスの移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引き継ぎを文書化し、組織的に取り組みが行える支援体制に期待したい。

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
評価細目	評価結果	コメント
33 Ⅲ-1-(3)-① 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。	b	利用者満足に関する調査は、食事の嗜好調査を年1回行っている。職員が利用者一人一人に丁寧に聞き取り、栄養士と連携し食事のメニューや行事食に反映している。職員は日常のケア場面で利用者の話を傾聴し、相談等は居室担当だけでなく、誰にでも相談できる体制ができている。利用者からの相談や要望等はケアカルテやノートに記入し情報の共有に努めている。今後は利用者満足に関する調査を定期的に行い、把握した結果を分析・検討し組織的に福祉サービスの改善に向けた取り組みに期待したい。
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。		
評価細目	評価結果	コメント
34 Ⅲ-1-(4)-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	苦情解決責任者は、施設長が担っており、受付担当は相談員が行い、第三者委員の設置も整備されている。苦情解決の仕組みを分かりやすく説明した掲示があり、意見箱の設置もある。契約書・重要事項説明書に苦情処理、苦情受付について明示され、契約時に説明をしている。苦情対応マニュアルが整備され、苦情解決の仕組みが組織的に構築されている。利用者からの日々の相談や意見に対してはその都度利用者の気持ちに寄り添い、丁寧な説明と迅速な対応を行い、職員間で情報共有を行っている。
35 Ⅲ-1-(4)-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	事業所はユニット型個室になっており、居室担当も利用者一人一人についている。利用者からの相談には、居室でゆっくり話を聞いたり、日々のケア場面(入浴時)などは気分も緩み利用者の本音を聞くことができる。居室担当はユニットレターを作成し、2か月に1回家族に写真付きで日々の様子を記入し送っている。居室担当が変わる時もユニットレターでお知らせしている。今後も継続した取り組みを行い、定期的にアンケートの実施をするなど、利用者、家族がさらに意見を述べやすい体制づくりに期待したい。
36 Ⅲ-1-(4)-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	利用者からの相談や意見に対して、日々の会話やケア場面で傾聴に努めている。利用者からの意見や要望はケアカルテやユニットノートに記入し情報の共有に努めている。重度化に伴い意見が言えない、話すことが難しい利用者に対しては、生活歴や日々の行動、家族等からその方の思いをくみ取り、アドボカシーの視点から意見を代弁し、改善に反映している。職員研修では、権利擁護、高齢者虐待研修、接遇研修を通して、職員教育も大切にしている。今後は相談や意見を受けた際の記録の方法や報告手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備し、福祉サービスの向上に期待したい。

Ⅲ-1-(5) 安全・安心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。		
評価細目	評価結果	コメント
37 Ⅲ-1-(5)-① 安全・安心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	リスクマネジメントに関する責任者は施設長が担っており、リスクマネジメント委員会を月1回開催している。事故発生時の対応と安全確保について、「事故発生防止のための基本指針」「介護事故防止対応マニュアル」が整備され、事故ヒヤリハットの回覧ルート、情報伝達経路が分かりやすくフローチャートになっており職員に周知されている。事故、ヒヤリハット報告は毎月ユニット会議で検討され、必要に応じてリスクマネジメント委員会で再度検討されている。事故、ヒヤリハットの集計は、事業報告書に記載し「理事会・評議員会」「運営推進会議」等で報告している。事例収集が積極的に行われ、職員参画の下で改善策・再発防止策を検討・実施する取り組みが行われている。
38 Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安心・安全を確保するための体制を整備し、取組を行っている。	b	感染症対策について「感染症対策、食彩委員会」を中心に、感染症の予防や感染症が流行る期間に合わせて研修会を行っている。「感染症対策マニュアル」「BCP新型コロナウイルス感染症編」「衛生管理マニュアル」が整備され感染症の予防と発生時の対応が適切に行われている。コロナ発生時はフローチャートがあり感染拡大しないように早期対応に努めている。今後は基本となる感染症マニュアルを定期的に見直し、現状に即したマニュアルになるよう整備し、実践する取り組みに期待したい。
39 Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安心・安全の確保のための取組を組織的に行っている。	a	「防災マニュアル」「BCP(自然災害編)」が整備され、火災、地震、水害等の自然災害に至るまで多様な災害を想定したものとなっている。全ての職員は携帯電話に「らくらく連絡網」のアプリを導入し、年1回連絡網訓練を行い、緊急時には迅速な情報共有ができる体制が構築されている。防災計画を整備し、地域の消防団、近隣住民と連携し定期的に火災、地震、水害などの避難訓練を行っている。また、ミニ避難訓練(3人位)で一連の流れをそれぞれの役割で実施している。大規模災害を想定し、周辺のグループホーム、新潟市の施設、静岡県の施設(2法人)と協定を結んでおり、上越市の福祉避難所として指定されている。災害時における備蓄品の管理者は栄養士が担っており、食料・飲料水等の必要物資が適切に保管されている。リスト作成し定期的な点検を行い、利用者が安心して生活できる環境が確保されている。
40 Ⅲ-1-(5)-④ 緊急時(事故、感染症の発生時など)に、迅速な対応ができる仕組みがある。	b	事故発生時・急変時・感染予防等様々な事態に備えたマニュアル、フローチャートを整備し、リスクマネジメント委員会、感染症対策食彩委員会、ユニット会議にて職員参画の下、組織的に検討されサービス提供体制が整備され、継続的な質の向上が図られている。研修委員会を中心に年間の研修計画が作成され実施している。事故発生時に弁護士法人と連携を図る体制が整備しており、法的観点からの助言を受けつつ適切な対応を行っている。今後は事故発生時や感染症の発生時など基本となるマニュアルの見直しや最悪な事態を想定したマニュアルの作成に期待したい。

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

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。		
評価細目	評価結果	コメント
41 Ⅲ-2-(1)-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。	b	各種介護サービスについてのマニュアルがあり、プライバシー保護、人権尊重の姿勢が記載されている。標準的な実施方法について、居室にはポジショニングの写真や口腔ケアに使う道具、ケア方法が掲示され職員に周知している。移動介助やポジショニング研修、口腔ケアについては専門職より指導があり個別対応が実践されている。排泄介助、排泄用具は個々に合わせて使用し、個別に使用する物は、汚物処理室等に貼ってある。パットの当て方研修は業者の方に来てもらい行っている。今後は、標準的な実施方法に基づいて、実践されているかどうかを計画的に確認する仕組みの整備に期待したい。
42 Ⅲ-2-(1)-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。	b	食事形態・排泄介助・移動介助・ポジショニング等は個々の利用者の状況に合わせて日々のケアやユニット会議で検証している。利用者からポジショニングの位置や体交枕の硬さ等の要望もあり、必要時は専門職の意見を聞きながら多職種連携を図り変更している。変更時はパソコンの中で確認し、変更点については色を変えて分かりやすく見やすい工夫を行い実施されている。今後は、福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法を組織的に定め、実践する取り組みに期待したい。
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。		
評価細目	評価結果	コメント
43 Ⅲ-2-(2)-① アセスメントに基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	事業所の介護支援専門員が中心となりサービス実施計画を策定している。事業所のパソコン内でデータを管理し、部門横断した様々な専門職がケアチェック表を活用し、アセスメントを行い専門的視点から必要事項を記入している。介護支援専門員は利用者の居室へ伺い、話を聞き意向の把握に努めている。支援が難しい利用者に対しては、家族と相談し多職種が関り記録に残している。ケースによっては、包括支援センターが関わることもある。福祉サービス実施計画には、利用者一人一人の具体的なニーズが明示され、多職種連携の基実施されている。
44 Ⅲ-2-(2)-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	福祉サービス実施計画の評価については、毎月居室担当がモニタリングを行っている。介護計画書を作成する前には、家族へ意向確認を行い、ケアチェック表を居室担当が作成し、ユニットリーダーがチェック、補足を行い介護支援専門員が介護計画書に位置づけている。看取りプランに関しての手順書があり、利用者、家族に寄り添った介護計画書となるよう努めている。入退院時には、介護支援専門員が医療機関と連携しケアチェック表でアセスメントを行い、介護計画書の作成を行っている。状態変化時や緊急に変更する場合は適宜カンファレンスを行い現状に即した介護計画書の作成に努めている。

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
評価細目	評価結果	コメント
45 Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービスの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	利用者の身体状況、生活状況等の記録はパソコン内のケアカルテに入力し、重要事項や日々のケアでの変更点があれば赤字で記録し全職員が情報の共有を行っている。記録の方法は話すと記録される、インカムを使用し記録時間の短縮に繋がっている。また、必要があれば写真入りで分かりやすく記録に残している。記録内容や書き方に差異が生じないように、内部研修「介護記録」についての研修を行っている。タイトル、特記事項を項目に合わせて記録し、日々の介護記録を部門横断した職員間で共有する体制を整備し、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。
46 Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b	記録管理の責任者は施設長が担っており、個人情報保護規定により、利用者の記録の保管、保存、破棄、情報の提供に関する規定を定めている。契約書にも介護福祉施設サービスの提供記録、守秘義務について明示あり、契約時に家族、利用者へ説明し同意を得ている。職員には、就業規則の中に個人情報の不適切な利用や漏えいに対する守秘義務について入職時に説明をしている。今後は記録の管理について個人情報保護規定等を遵守し、職員に対し教育や研修を行い、個人情報の保護と情報開示の二つの管理体制を整備していく取り組みに期待したい。

評価対象Ⅳ 福祉サービス内容

A-1 生活支援の基本と権利擁護

A-1-(1) 生活支援の基本		
評価細目	評価結果	コメント
A① A-1-(1)-① 利用者一人一人に応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	a	利用者の心身の状況や、一人一人のペースに合わせた生活となるようケアプランを作成している。ユニットレターに本人が家族へ宛てて手紙を書いたり、新聞たたみ、プランターに花を植えるなど自立に配慮し、活動参加を行っている。利用者が日常生活の中で、おしぼりたたみ、食器拭き、洗濯たたみ、食事の配膳、プランターの水やりなど役割を持ち、日課として行えるよう工夫している。
A② A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	対象外	評価対象外項目
A③ A-1-(1)-① 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。	対象外	評価対象外項目
A④ A-1-(1)-② 利用者一人一人に応じたコミュニケーションを行っている。	a	今年度は、「介護職の接遇・コミュニケーション技術について」の研修が行われ、尊厳に配慮した接遇を再確認した。職員は普段から日々のケアを行う時に、会話をし、想いを聞き取ることを意識している。また、意思表示が困難な方にも、支援の前にきちんと声かけを行ってからケアに入るよう気を配り、利用者のいつもと違う表情や身振り、声にならない声をくみ取ることに努めている。対応した内容はケアカルテにスムーズに入力され多職種との連携も取りやすくなっている。
A-1-(2) 権利擁護		
評価細目	評価結果	コメント
A⑤ A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	b	身体拘束、虐待対応マニュアルの中にフローチャートがある。また、倫理規定の中に、尊厳やプライバシーについての記載はあるが、権利擁護についてのマニュアル・規程はない。「事故防止、身体拘束」のリスク研修が行われており、日々の不適切対応については、リーダーが中心となり、会議等で話し合いや検討が行われている。今後、権利侵害が発生した場合の再発防止策等を検討、理解、実践するしくみづくりに取り組み、明確化し周知することに期待したい。

A-2 環境の整備

A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
評価細目	評価結果	コメント
A⑥ A-2-(1)-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	施設は窓も大きくとられて明るく、空調設備も整った清潔な環境が保たれている。疲れた時に座ったり、利用者同士や職員とおしゃべりできるような廊下のところどころにソファが置かれている。季節を感じる壁面飾りは、ユニット毎にそのカラーがでており見比べるのも楽しめる。居室は、利用者の意向や安全面を考慮して、ベッドの位置を変えたり、持参された写真やテレビ、愛用の毛布で環境作りを行っている。

A-3 生活支援

A-3-(1) 支援の基本			
評価細目		評価結果	コメント
A⑦	A-3-(1)-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	安全・快適に入浴するため「入浴介助マニュアル」が整備されており、羞恥心の配慮を心がけた入浴支援を行っている。入浴の可否については、看護師により健康チェックが行われ必要に応じて、清拭や翌日へ変更するなど対応を工夫している。週に2回、個浴にて一人ずつを基本としているが、利用者の心身の状況に合わせて福祉用具を活用したり、小規模の機械浴を使用するなど利用者、職員共に安全で快適な支援に配慮している。
A⑧	A-3-(1)-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	排泄介助マニュアルが整備されており、一人一人に合わせた支援方法にて実施されている。排泄介助を安全に行うために、Hug(移乗サポートロボット)も活用を始めている。排泄状況はケアカルテで管理されている。排泄動作は理学療法士。健康観察は看護師。日々のケアは介護士が、各職域の専門性を活かし排泄の支援を行っている。また、排泄用品もほかの利用者の目につかないよう置き場所に配慮している。
A⑨	A-3-(1)-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	利用者の心身の状況に合わせた福祉機器や福祉用具の選定は、事業所の機能訓練士が行っている。自力で移動できる支援は、生活リハビリとして捉え、無理なく安全に残存機能を活かすためスライディングボードやリフト、移乗サポートロボットも使用している。月1回の車イス等の点検は、担当介護職員が行い、調整や変更は、機能訓練士や看護師と連携して、検討と見直しを行っている。
A-3-(2) 食生活			
評価細目		評価結果	コメント
A⑩	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a	「大量調理施設衛生管理マニュアル」が整備されている。毎日「衛生管理点検表」が記録されており、マニュアルに基づいた管理が適切に行われている。献立は各ユニット毎にイラストや絵文字など工夫を凝らして、目でも楽しめるようにしている。ご飯はユニットで炊き、利用者個々の食器に盛り付けを行っている。「感染症対策・食彩委員会」がメニュー表を作成しているが、季節に合わせてイベント食(今年はサンマまつり、栗ご飯)も計画。また、ユニットごとに、手作りおやつや出前を取るなど楽しく、おいしく食べてもらえるよう工夫している。
A⑪	A-3-(2)-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	食事介助マニュアルに沿って、一人一人に合わせた食事形態での提供や、嚥下能力に配慮した食事介助を行っている。ケアプラン会議には、居室担当者、介護支援専門員、看護師、管理栄養士、歯科衛生士らが参加して行われている。また、状態に変化があった場合はユニット会議や、当日勤務の多職種でミニミーティングが行われ、ケアカルテに記載されるため全職員が速やかに確認できる。顔写真付きの食札が用意されており、新人職員でも確認が容易である。
A⑫	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a	口腔ケア・マネジメントに関する計画マニュアルが整備されている。歯科衛生士が口腔ケア計画を作成し、3か月に1回評価・見直しが行われている。居室の洗面所に、一人一人の口腔ケアの注意事項カードが貼ってあり、介護職員はだれでもその方に合った口腔ケアが出来るよう工夫されている。歯科衛生士の役割として、歯磨きなど変更があった場合は、リーダーや居室担当にその都度指導を行ったり、必要に応じて歯科医師につなげている。今後は、さらに食事前の口腔体操も取り入れるなど、口から食べることをより意識する取り組みに期待したい。

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
評価細目	評価結果	コメント
A⑬ A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a	褥瘡予防のためのケアマニュアルが整備されている。予防には、早期発見とスキンケアが重要であるため、意義や目的、種類などがわかりやすく記載されている。個別のケースについては、看護師が中心となり、食事は栄養士が、ポジショニングや除圧は機能訓練士が加わり多職種連携が行われている。現在、処置の必要な方はいないが、最新の情報は看護師がネットで取得し、必要があれば研修も行っている。
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
評価細目	評価結果	コメント
A⑭ A-3-(4)-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	喀痰吸引等に関するマニュアルが整備されており、管理者の責任が明確に記されている。夜間対応のため、介護職の資格取得率は高い。職員研修や個別指導は看護師が行っており、安全管理体制が構築されている。
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
評価細目	評価結果	コメント
A⑮ A-3-(5)-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	個別に訓練メニューが設定されており、パソコン内で管理されている。メニューは、ユニット毎にまとめて表になっており、機能訓練士が3か月ごとに評価・見直しを行っている。訓練室はなく、立て手すりで立ち上がり訓練をしたり、廊下歩行をするなど生活動作の中でリハビリが毎日行われている。車イスのシーティングやスライディングボードを使用した2人介助の移乗などは、機能訓練士が介護職に指導をしたり、利用者に状態変化があれば介護支援専門員とも連携して取り組んでいる。
A-3-(6) 認知症ケア		
評価細目	評価結果	コメント
A⑯ A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a	利用者一人一人のケアチェック表が作成されており、パソコン内のケアカルテで情報共有している。行動・心理症状のある方には、関わった職員が気づきの記録を残して、対応方法を話し合っている。リーダーが主体となって認知症研修を実施しており、欠席者にはビデオ録画を見てもらうなど全職員が研修に参加している。利用者が落ち着ける環境作りとして、好きな音楽や、動物の映像を流したり、散歩に誘うなど取り組んでいる。また、医師や看護師とも相談、連携をして必要であれば薬の調整も適切に行っている。
A-3-(7) 急変時の対応		
評価細目	評価結果	コメント
A⑰ A-3-(7)-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	緊急時対応マニュアルが整備されており、フローチャート、通報マニュアルが各ユニットに備えられている。利用者の健康状態は、ケア記録で管理されており、多職種での情報共有がスムーズに行えている。薬については、服薬マニュアルに基づいて、配薬は看護師、服薬は介護職員と確認表を用いてダブルチェックを行っている。内服薬の変更等があった場合には、看護師が各ユニットにて薬の説明を行うなど服薬管理が適切に行われている。
A-3-(8) 終末期の対応		
評価細目	評価結果	コメント
A⑱ A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の手順を確立し、取組を行っている。	a	看取りケアマニュアルが整備されており、年に1回、看護師を中心に看取り研修が行われている。利用者・家族には契約時に看取り体制の説明を行っており、状態変化が合った時に生活相談員が意向の確認を行っている。希望があれば、家族も泊まることができ、面会も自由にできるなど体制を整えている。また、職員に対しても、振り返りカンファレンスを行うなど、精神的ケアも実施している。

#### A-4 家族等との連携

A-4-(1) 家族等との連携		
評価細目	評価結果	コメント
A⑱ A-4-(1)-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	施設で発行しているふえふき通信と、居室担当者が作成するユニットレターを毎月交互に送付している。利用者の状態に変化があった場合は電話にて報告しているが、公式ラインを活用したり、請求書やケアプランを送付する際は手紙に一言添えるなど、伝達方法を工夫している。また、衣替えや節目の敬老会などは、家族に連絡をして面会もかねて来てもらうなど、家族とのつながりも大切にしている。

#### A-5 サービス提供体制

A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		
評価細目	評価結果	コメント
A⑳ A-5-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。	対象外	評価対象外項目