

(様式第2号)

福祉サービス第三者評価結果報告書

①第三者評価機関名

公益社団法人 岡山県社会福祉士会

②施設・事業所情報

| | |
|------------------------------|--|
| 名称：特別養護老人ホーム日本原荘（ユニット型）（従来型） | 種別：特別養護老人ホーム |
| 代表者氏名：施設長 福原 文徳 | 定員（利用人数）：ユニット型：80名、従来型：50名（内12名は短期） |
| 所在地：岡山県津山市新野東1797 | |
| TEL：0868-36-3838 | ホームページ： http://www.nihonbara.or.jp/ |
| 【施設・事業所の概要】 | |
| 開設年月日：1967年4月10日 | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 日本原荘 | |
| 職員数 | 常勤職員：ユニット型53名、従来型31名 非常勤職員：ユニット型12名、従来型6名 |
| 専門職員 | 看護職員 5名 介護支援専門員 5名 |
| | 社会福祉士 4名 介護福祉士 45名 |
| | 作業療法士 1名 管理栄養士 3名 |
| | 生活相談員 3名 嘱託医師 1名 |
| 施設・設備の概要 | (居室数) |
| | (設備等) |
| | ユニット型：ユニット型個室80室 従来型：4人部屋10室、2人部屋1室、従来型個室8室 ユニット型：地域交流スペース、娯楽室、浴室、医務室など 従来型：食堂兼ホール、訓練室、浴室、静養室、医務室など |

③理念・基本方針

<理念>

老人福祉法の精神と介護保険法の理念にのっとり、多様なニーズに対し、迅速的確に質の高いサービスを提供し、豊かでやすらぎのある生活が送れる地域社会の建設に寄与します。

<基本方針>

- ・ひとりぐらしや障害がある人の在宅生活を応援します
- ・入所された人の家庭復帰をめざし専門的介護を行います
- ・在宅で終末を迎えることがむづかしい人に終末介護を行います
- ・環境を整備し家族と連携を深めて安らいだ生活が送れるように努めます
- ・生きる意欲をうながし充実した毎日が送れるように努めます

④施設・事業所の特徴的な取組

ユニット型：

ご利用者にとって「豊かで生きがいのある老後」が過ごせるように、少人数グループ（10人）をひとつの生活単位（ユニット）として、1ユニットごとに専用の居住空間と専任の職員を配置することにより、家庭的な雰囲気の中できめ細やかなケアを行っています。

従来型：

家庭の心安らぐ雰囲気を演出し、きめ細やかなケアを行います。豊かな緑に囲まれた素晴らしい自然の中で、春には桜が咲き、四季それぞれの景観は、ご利用者にやすらぎを与え、余生を限りなく楽しませてくれる環境の中で、ご利用者の個別のニーズに沿ったきめ細やかなケアを提供しています。

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|---|
| 評価実施期間 | 2024年8月1日（契約日） ～ 2025年2月28日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 1回（平成27年度） |

⑥総評

◇特に評価が高い点

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

施設長兼理事長は、全ての職員会議に積極的に参加し、事業計画の作成や利用者の様子の把握、職員による介護支援方針の実施方法において、強いリーダーシップを発揮しながら日々の業務に取り組んでいます。また、副施設長と連携し、職員のキャリアアップ体制の確立やICT機器の導入に積極的な姿勢を示しながら、職員一丸となって先進的な介護の取り組みを実践しています。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

地域の高齢者世帯に配食サービスが実施され、受審施設の管理栄養士が食事制限が必要な利用者の献立など、作成しています。地域住民に集いの場を提供し、放課後児童クラブの子供たちと受審施設利用者との交流機会を設けるなど、様々なかたちで地域との相互交流、相互理解の促進が図られています。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

施設内で各種会議や委員会の場を定期的に設け、部門を越えた多職種での意見交換や協議がなされ、様々な課題に知恵を出し合い協力しながら取り組んでおり、利用者を尊重し大切に作る姿勢が窺えます。

施設内の各種業務に関するマニュアルが細かく整備されており、規程なども整然と整えられています。各職員がすぐにそれらの内容を確認できるよう、各部署での書類の整備が適切になされています。

評価対象A 内容評価

生活支援に関するマニュアルが整備され、研修体制や相談体制も整っています。

作業療法士および機能訓練指導員により、個別機能訓練計画書に基づき、生活活動の機能向上のためのリハビリテーションを行なっています。従来型には機能訓練指導員、ユニット型には作業療法士が配置されているため、機能訓練として毎日レクリエーションを行なっています。

介護ロボットとして移乗リフトを導入し、移乗や起立姿勢保持などの際に活用しています。

◇改善が求められる点

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

理念が職員に浸透するまでには至っていないようです。名札の裏に基本理念の記載されたカードがあることは理解しているものの、その理念が何であるかを伝えることが出来ない職員が多い印象でした。パンフレットやホームページに記載されている短いフレーズなど、より職員に浸透しやすい言葉を理念にすることを検討してみてもはいかがでしょうか。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

給与体制について、人事考課が処遇改善加算とは連動して機能しているものの、給与については勤続年数に応じて昇給する比重が高いようです。施設長へのヒアリングでは、「今後、人事考課を給与にも反映できるように体制構築を目指している」とのことです。改善を期待します。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

コロナ禍以降、受審施設では利用者の健康と安全に配慮した取組が、試行錯誤や検討をいくつも重ねながら行なわれてきました。今後も引き続き、感染予防に苦慮することが容易に想像されますが、この度の第三者評価に伴う利用者家族調査における面会に関する意見など、少しでも改善の余地がないのか、検討されることを期待します。

各種マニュアルの整備が充実しており、十分に行なわれているところですが、見直しの機会が不定期となっています。より一層のサービスの質の向上のためにも、定期的に見直しがなされることを期待します。

評価対象A 内容評価

利用者家族調査から感染症の関係で面会制限していることについて、施設での生活が見えづらい、個室での面会や外出ができるようにしてほしいとの回答がありました。家族との面会について施設も悩みながらの対応であるとの説明はありましたが、他の施設などの状況も取り入れながら検討し続けることを期待しています。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

福祉サービスの基本方針、組織の運営管理から福祉サービスの質など、幅広く評価をいただき、安定した事業継続に向けての課題が明確になりました。
今後の法人経営に取り組む指標とさせていただきます。

⑧第三者評価結果（別紙）

第三者評価結果【高齢者福祉サービス版】

共通評価項目

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 |
|--|-----------------------------------|---------|
| I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。 | | |
| 1 | I-1-(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><コメント></p> <p>理念や基本方針は事業計画や公式ホームページ、パンフレット等に明確に記載されており、施設入り口の掲示板に基本理念が掲示されています。また、全職員は名札の裏に理念が明記されたカードを入れており、見学や契約時など必要に応じて利用者や家族、関係者に受審施設の理念を伝えています。一方で、職員のヒアリングでは、名札の裏に基本理念のカードがあることは理解しているものの、その理念が何であるかを伝えることが出来ない職員が多い印象でした。パンフレットやホームページに記載の「自然とともに 仲間とともに 家族とともに」は必ず基本理念の前に明記されており、シンプルで職員がとても伝えやすい表現に感じられました。職員がより分かりやすく、覚えやすい言葉でいつでも利用者や家族、関係者に表明できるよう、法人全体で検討する機会を設けてみてはいかがでしょうか。</p> | | |

I-2 経営状況の把握

| | | 第三者評価結果 |
|--|---|---------|
| I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 | | |
| 2 | I-2-(1)-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><コメント></p> <p>理事会では、津山市の人口や高齢化率などを盛り込みつつ、収支報告や決算、補正予算とともに県内の福祉状況に関する協議が行われた記録が確認できました。また、事業計画「1.概要」において、社会経済状況の変化を踏まえた重点課題が作成されています。さらに、入居率や介護サービス利用状況についてデータ化し、分析結果を毎月の施設長会議で報告・分析しています。</p> | | |

| | | |
|--|-------------------------------------|-------|
| 3 | I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>前述 I-2-(1)-①のとおり、社会情勢や受審施設の経営状況を細かく分析し、役員間で共有しています。2024年（令和6）年度決算は赤字決算となっていますが、ICT（情報通信技術）や介護機器の導入により費用負担も含まれています。施設長*へのヒアリングでは、「今後は、黒字化のために介護サービス種別の変更や介護保険改正年度（3年ごと）に合わせた事業計画策定を今後は視野に入れている」とのことで、経営状況の改善に尽力されています。また、経営状況や改善すべき課題については副施設長も中心的な立場で参加しており、ICTの導入に向けて、法人全体での導入に先立ってまずは受審施設で試験的に導入して試用を行うなどしています。</p> <p>*施設長は、法人の理事長職も兼任しています。</p> | | |

I-3 事業計画の策定

| | | 第三者評価結果 |
|--|---------------------------------------|---------|
| 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 | 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・①・c |
| <p><コメント></p> <p>中長期計画は、法人全体で策定されています。また、単年度事業計画と一体的に策定されており、毎年更新されています。その内容は、社会経済状況や地域の現状を踏まえつつ、「重点課題」で法人全体の課題、「2.事業経営」で各法人の目標が立てられています。特に事業計画内のICT化については積極的に取り組む姿勢が示されており、前述 I-2-(1)-②のとおり、業務負担軽減に向けて各種機器の導入など尽力されています。一方で、数値目標や具体的な成果については明記されていません。職員へのヒアリングでは、具体的に導入数や導入時期などの目処があるようです。事業計画更新の際に評価しやすいよう、中長期計画の中にもその数値目標や期日などを盛り込んでみてはいかがでしょうか。</p> | | |
| 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。 | a・②・c |
| <p><コメント></p> <p>中長期計画にもとづく単年度計画が作成されています。単年度計画の策定に際しては、職員が各種会議などで積極的に事業計画の作成に参画し、副施設長が意見の集約を行った上で、施設長とともに作成されています。また、年度の開始時に開催されるリーダー会議において、職員への周知が徹底されています。単年度計画は中長期計画と一体的に策定されていますが、単年度計画と分けて記載されることが望まれます。また、中長期計画と同様に、単年度計画についても数値目標や期日などを盛り込んでみてはいかがでしょうか。</p> | | |

| | | |
|---|---|-------|
| I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。 | | |
| 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。 | ㉖・b・c |
| <p><コメント></p> <p>ICTに関連する事業計画の策定と実施において、ノーリフティングケア*のための介護機器の導入前に、受審施設から3名を研修に派遣しています。また、職員アンケートを実施し、導入に関する心理的障壁の除去と理解を図ったうえで計画を策定・実施しています。さらに、事業計画の策定に際しては、看護部門、介護部門、栄養部門の多職種から意見を募り、施設長や副施設長が集約して事業計画を作成しています。</p> <p>* 介護者が人の力で入居者を持ち上げたり引きずったりせず、リフトを使用することで、入居者と介護者双方にとって安全で快適な介護を提供する手法です。</p> | | |
| 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。 | a・㉗・c |
| <p><コメント></p> <p>事業計画はホームページに掲載されており、広報誌「福祉だより」*の6月号「事業本部事業方針」に明記されています。広報誌は施設の玄関に「閲覧資料」として設置しており、利用者利用者家族にはそれぞれ配布され、事業計画が閲覧できる状態となっています。また、地域の新聞や近隣の町内の折り込みとして広報誌が配布され、地域にも周知されています。一方で、事業計画の広報誌への掲載は、施設で策定されたものと同じ文章で、小さな文字で明記されています。そのため、簡潔な文章や大きな文字にするなど、利用者や利用者家族がより理解しやすいような工夫が望まれます。</p> <p>* 法人全体で発行している広報誌。約4ヶ月に1回、年3回程度発行しています。</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 |
| 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 | 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。 | ㉘・b・c |
| <p><コメント></p> <p>12月末に「自己申告書」を記入し、施設長が面接時にその内容を確認して職員の自己評価を行っています。勤務体制の変更や業務改善に反映され、組織全体の向上に寄与しています。また、利用者家族には毎月「暮らしのご様子」として、施設での日々の支援経過を記載した詳細な記録を送付することで、利用者家族に施設での介護支援状況や暮らしの様子を共有しています。「暮らしのご様子」の内容については、利用者家族からも高い評価を得ています。</p> | | |

| | | |
|---|---|-------|
| 9 | I-4-(1)-② 評価結果に基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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>ケア会議、リーダー会議、各種委員会などで、設備改善や人員配置、予算に関する課題について、施設長と連携して具体的な改善策を検討している記録が確認できました。また、中長期的に検討が必要な課題は、各種会議で検討されたうえで、次期中長期の事業計画に反映されています。新しい機器を導入する際は、ICT化推進について全職員にヒアリングを実施し、介護支援方針の変更について職員の理解を得た上で、施設の現状課題に対して取り組んでいます。</p> | | |

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 |
| II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。 | | |
| 10 | II-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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>事務分掌表には、副施設長の職責として「施設長の補佐および不在時の代理」が明記されています。また、広報誌を通じて事業計画を利用者やその家族に周知し、職員に対してはスタッフルームに事業計画を掲示しています。さらに、施設長と副施設長は各種会議に必ず出席して、施設運営について主体的に関わっています。</p> | | |
| 11 | II-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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>施設長は、法定研修に加え、外部研修にも積極的に参加しています。また、副施設長は職員に対する研修を全員が受けられるように複数回に分けて実施しています。さらに、岡山県老人福祉施設協議会の次世代委員として、介護事業に関する「管理者育成研修」を主催・企画するなど、積極的に取り組んでいます。物品の購入に関しては、施設長に裁量権が与えられており、利害関係者との適切な関係を保っています。</p> | | |

| | | |
|---|---|-------|
| II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | |
| 12 | II-1-(2)-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。 | ㉖・b・c |
| <p><コメント></p> <p>事業計画の法人全体の「重点課題」として、「介護・福祉サービスの質の向上」の中で第三者評価の受審を目標に掲げており、2025(令和6)年度はその事業計画に基づいて第三者評価を受審しています。施設長へのヒアリングでは、「コロナ禍によりしばらく実施出来なかったが、今後も福祉サービスの質の担保を目的に、継続的に第三者評価の受審を予定している」とのことです。また、施設長(兼理事長)はすべての会議に出席し、理事長としての経営面と、施設長としての福祉サービスの質の観点から職員と協議をおこなっています。</p> | | |
| 13 | II-1-(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。 | ㉖・b・c |
| <p><コメント></p> <p>ベッドの稼働率は95%から96%を維持しており、入退去においてできるだけ業務効率を高めています。また、介護職員の月平均残業時間は1時間未満となっており、過剰労働を防ぐ取り組みが行われています。施設長へのヒアリングでは、「お金を残すのではなく人を残せるよう、経営については2年連続の赤字で厳しい状況だが、改革を進めている最中」とのことです。</p> | | |

II-2 福祉人材の確保・育成

| | | 第三者評価結果 |
|--|---|---------|
| 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 | II-2-(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。 | ㉖・b・c |
| <p><コメント></p> <p>事業計画に福祉人材の確保計画が明記されており、必要な福祉人材の確保と定着に尽力しています。具体的には、毎年開催される岡山県主催の福祉フェアには必ず出席し、津山市のハローワークが主催する「高校生のためのジョブフェア」にも参加しています。また、ホームページには「採用情報」として特設ページを設けて、職務内容や採用基準、福利厚生や教育制度などが記載されています。さらに、岡山県北部の全高校を対象に、施設長が求人票を持って個別訪問を行っています。</p> | | |

| | | |
|--|--|-------|
| 15 | Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>事業計画「2. 事業経営」には、期待される職員像が明記されています。人事基準については、給与規程で給料表や号級表、中途採用者の格付け基準など、詳細な規程が確認できました。また、新人職員に対しては、採用時に必ず人事考課に関する資料を配布し、昇給時には給与明細に何号級の昇給があったかを記載しています。職員のキャリアアップについては、「介護プロフェッショナルキャリア段位制度」を取り入れて活用しています。処遇改善加算の支給についてはスコア制度を導入しており、「自己申告書（自己評価）」や目標設定と合わせて統括主任、施設長、副施設長などが「評価表」を用いて点数化したうえで平均値を算出し、その達成率をもとに支給を決定しています。これにより、人事考課と処遇改善の支給が客観的な指標に基づいて実施されています。</p> <p>*「介護プロフェッショナルキャリア段位制度」とは、一般社団法人シルバーサービス振興会が開催している、介護職員の介護技術の向上を図る、評価とOJT（On the Job Training）の仕組みです（https://careprofessional.org/careproweb/jsp/）。</p> | | |
| Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | |
| 16 | Ⅱ-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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>有給休暇の取得率は約6割です。育児休暇中の職員に対しては、施設長が「どのような働き方をしたいか」をヒアリングし、育休後の職場復帰について柔軟に対応しています。実績として、過去10年で産休育休後に退職に至った職員はいません。また、介護サポート休暇、子供の看護休暇、バースデー休暇、リフレッシュ休暇（いずれも有給休暇）なども取り入れています。さらに、職員用の寮を完備するなど、働きやすい環境づくりに取り組んでいます。</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 | Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。 | a・①・c |
| <p><コメント></p> <p>事業計画には期待される職員像が明確に記載されています。目標管理に関しては、自己申告書をもとに全員への面談が行われ、1年の振り返りともに次年度の目標設定をされています。一方、職員へのヒアリングでは、人事考課が処遇改善加算と連動して機能しているものの、毎月の基本給与については勤続年数に応じた比重が大きいとの意見がありました。施設長へのヒアリングでは、「今後、人事考課を給与に反映できるような体制構築を目指している」とのことで、改善を期待します。</p> | | |

| | | |
|---|---|-------|
| 18 | Ⅱ-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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>研修計画は階層別や職種別に計画されています。外部研修については、社会福祉協議会の「福祉職員キャリアパス対応生涯研修課程」への職員参加を促しています。介護支援専門員の受験料を合格の有無に関わらず負担し、更新研修は業務扱いとしています。また、Web研修については、職員の1年間の履修状況を一覧表にして、副施設長がチェックしています。施設独自にパンフレット「日本原荘ワーキングガイド」を作成して配布しており、職種ごとの仕事内容、教育制度、キャリアアップについて周知しています。</p> | | |
| 19 | Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>研修計画は年間でまとめられ、文書化されています。施設内研修は、全職員が参加できるよう毎月30分程度の研修を3～6回に分けて実施しています。Web研修については、視聴した職員が視聴日や名前をエクセルデータに入力し、誰がいつどの研修に参加したかを把握できる一覧表を作成しています。また、採用時研修では、新人職員に対して5日間の研修を行い、接遇マナーや介助方法、事業継続計画などを内容に盛り込んでいます。研修内容は毎年見直しが行われ、更新されています。外部研修についてはウェブ研修の参加の他に、施設長や副施設長が職員に個別に声かけを行ない、研修への参加を促しています。</p> | | |
| <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。</p> | | |
| 20 | Ⅱ-2-(4)-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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>実習内容については学校側と連携しつつ、プログラムを整備しており、実習マニュアル「実習の手引き」が作成されています。このマニュアルには、受審施設の理念、基本方針・行動指針、利用者の権利擁護、実習生の身だしなみなどが記載されており、実習生が育成できる体制が整えられています。受け入れ実績としては、地元の専門学校や高校、民間の福祉のビジネス学校などから介護実習生を受け入れるとともに、中学生のボランティアの受け入れも実施しています。また、実際の職場の体験ができる「1dayインターンシップ」制度を整備しており、社会福祉を学ぶ学生の職場体験が行える体制づくりをしています。</p> | | |

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

| | | 第三者評価結果 |
|--|--|---------|
| 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 | 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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <p>ホームページ上で、理念、基本方針、財務情報、苦情解決の処理状況などが公表されています。加えて、広報誌にも同様の情報が掲載されています。さらに、地域向けの取り組みとして、広報誌を新聞の折込チラシとして配布しています。地域への情報提供の場として、生活支援サポーターと連携して交流の場「福ちゃん家」を開催したり、「生活支援体制整備事業第二層協議体」に参加して、社会福祉協議会などと共同でサロンを開催するなど、多角的な受審施設の情報発信が行われています。</p> | | |
| 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・c |
| <p><コメント></p> <p>公認会計士による外部監査を実施しており、年約10回の定期的な財務状況の監査チェックに加えて、「外部監査人の意見書」も毎年作成されており、経営に関する助言を書面でも残しています。また、社会保険労務士や弁護士とも雇用契約を締結しており、労務や法務の面から事業の健全な運営をサポートする体制が整備されています。さらに、前述の評価項目Ⅱ-3-(1)-①のとおり、苦情解決状況についてはホームページおよび広報誌で周知されています。</p> | | |

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

| | | 第三者評価結果 |
|--|--------------------------------------|---------|
| Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。 | | |
| 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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <p>毎年地域の祭りが行われ、お神輿が施設内を練り歩き利用者との交流を行っています。福祉だより（法人発行の広報誌）を年3回法人の編集委員が作成し、事業計画や事業報告、受審施設の特徴など、写真やイラストを掲載して紹介し、新聞や市の広報誌に折り込み、地域の住民に届けています。また、福祉タクシーや認知症当事者と家族が参加できる認知症カフェなど、社会資源に関する情報も施設内に掲示されています。さらに法人の敷地内では、地域住民の集いの場「福ちゃん家」が毎月開催され、喫茶やゲーム、イベント、地域住民による生活支援サポーターの集会などとともに、同敷地内で放課後児童クラブも行なわれ、児童と受審施設利用者の交流も行なわれています。</p> | | |

| | | |
|---|--|-------|
| 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。 | ㉑・㉒・㉓ |
| <コメント> | | |
| <p>ボランティアの受入れについての留意点や受入れ手順、心構えなどが明記されたボランティア対応マニュアルが整備されており、地域の中学校の職場体験や高校のインターンシップ、専門学校や大学からのボランティアなど、受け入れも積極的に行なわれています。また、職員が地域の中学校などに出向き、福祉体験授業の講師をしたり、認知症の疑似体験、車イス体験などの講座も実施されており、津山市社会福祉協議会との協働で手紙を通じた利用者とのつながりを深めるボランティアも実施されています。</p> | | |
| Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。 | | |
| 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。 | ㉑・㉒・㉓ |
| <コメント> | | |
| <p>地域の医師会が主催する医療・介護・行政従事者を対象とする連携研修会の事例検討会や津山市地域包括支援センターが主催する地域ケア会議などにも定期的に参加し、近隣地域でのネットワークの構築や連携が図られています。また、利用者のサービス提供において重要な役割を担う各種機関や組織、団体を含む社会資源のリストが作成され、必要の際に活用できるよう整備し、成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用に関する情報なども施設内に掲示されています。</p> | | |
| Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | | |
| 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。 | ㉑・㉒・㉓ |
| <コメント> | | |
| <p>地域住民に集いの場を提供し、お茶会や講話を開催したり、定期的に地域ケア会議などの複数の機関や団体が集まる場に参加し、地域の実情やニーズの把握が図られていることが、事業計画や事業報告にも明示されています。また、行政や民生委員、薬局、介護関係事業者などとの意見交換や情報共有を目的とした勝北地区包括ケア会議への参加や津山市地域福祉計画の策定会議への参加もなされています。残念ながら、毎年恒例の地域との交流イベントであった「福祉まつり」は、コロナ禍以降開催がされていない状況が続いています。</p> | | |

| | | |
|---|---|-------|
| 27 | Ⅱ-4-(3)-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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>受審施設の看護職員が看護学校に出向き、看取りなどについて、看護学生が学ぶ機会の提供がなされており、看護学校の生徒による受審施設の見学も行なわれています。年3回発行の「福祉だより」に、ヤングケアラーや口の健康に関することなどの情報を掲載し、地域住民の健康や福祉に対する理解の促進が図られています。法人内での地域住民の集いの場の提供や送迎、地域住民を主体とする生活支援サポーターの養成、放課後児童クラブの実施など、地域の福祉ニーズや生活課題に基づいた独自の公益的な事業や活動が積極的に行なわれています。岡山県災害派遣福祉チーム(DWAT)に登録し、過去には東日本大震災の時などに職員を派遣した実績があります。フードバンク、フードドライブを実施し、津山市社会福祉施設連絡会からの要請に応じて、生活困窮者への支援も行なわれています。</p> | | |

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 |
|---|--|---------|
| Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。 | | |
| 28 | Ⅲ-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もつための取組を行っている。 | a・㉒・c |
| <p><コメント></p> <p>高齢者虐待の防止や身体拘束の廃止に関する勉強会を毎年定期的実施し、施設内外での研修やwebでの研修、5日間の新入職員向け研修の中でも利用者の尊重について、理解を図る取組がなされています。法人の理念・基本方針を施設内に掲示し、全職員それぞれが名札に入れて携帯をしています。また、倫理綱領や高齢者虐待防止に関する指針を掲示し、高齢者虐待および身体拘束廃止委員会が3ヶ月に1度定期的実施されていますが、前述のⅠ-1-(1)-①の通り、法人の理念・基本方針の職員への理解や周知には、十分に至っていないようです。理解や周知に向けたさらなる取組が行なわれることが期待されます。</p> | | |
| 29 | Ⅲ-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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>プライバシー保護に関するマニュアルが整備され、施設内研修や新入職員研修で繰り返し学び、定期的開催されるケア会議においてもプライバシーに配慮したサービスを提供することの重要性についての理解と周知が図られています。従来型の棟には多床室もありますが、入浴や更衣、排せつ、就寝など、必要な場面では扉やカーテン、パーテーションなどが適切に用いられ、利用者一人ひとりについて、プライバシーが守られるよう、日常生活の様々な場面において環境への配慮がなされています。また、必要に応じて小声で利用者への声かけを行なうなどの配慮もなされています。</p> | | |

| | | |
|--|---|-------|
| 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 | Ⅲ-1-(2)-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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <p>施設を紹介するパンフレットやホームページは、イラストや写真、分かりやすい説明文などで工夫され、誰にでも分かる内容となっています。また、受審施設に関する最新情報の紹介は広報誌「福祉だより」にも掲載し、定期的な発行と地域への配布がなされています。入所申込書には記入例も掲載し、記入がしやすいように配慮されています。さらに、コロナ禍以降、施設内の見学はごく限られた場合となってはいますが、一般の見学希望者のために施設内部の様子を職員が案内役となり撮影し、SNSに動画を掲載し、誰でも視聴ができるよう工夫されています。</p> | | |
| 31 | Ⅲ-1-(2)-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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <p>サービスの開始や変更の場面では、利用者や家族に事前に口頭だけでなく、書面も見てもらい、場合によって写真や図などを用いた資料も用いて、丁寧に説明を行ない、同意を得たうえで実施されています。また、特にサービスの利用開始の際は、利用者や家族などに可能な限り同席してもらい、提供するサービスの内容や料金などを具体的に明記した重要事項説明書や利用者を受審施設間での権利や義務など明記した契約書が交わされています。さらに、サービス開始前には、看護職員や管理栄養士、生活相談員などの専門職がサービスの具体的な内容について、それぞれ丁寧に分かりやすい言葉を用いた説明が行なわれています。</p> | | |
| 32 | Ⅲ-1-(2)-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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <p>受審施設に入所する際の契約書には、サービス終了後の対応に関する説明が明記され、生活相談員が相談窓口となり、利用終了後も利用者や家族の状況に応じた相談の希望に対応することが、口頭と書面で説明されています。また、受審施設の特性上、事業所変更や家庭へ移行のケースは少ないですが、利用者の状態の変化により、医療機関に入院や移行をする際は、利用者と家族の同意のもとで、フェースシートなどの文書を用いて、適時適切に関係機関との情報のやりとりを行ない、入院中においてもお互いの機関で連絡を密に取り、利用者の状況把握が必要に応じて行なわれています。</p> | | |

| | | |
|--|--|-------|
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。 | | |
| 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。 | ㉑・㉒・㉓ |
| <p><コメント></p> <p>利用者の意見や要望などを確認するモニタリングが毎月行われています。また、日常的には利用者との会話の内容や様子の観察を行ない、職員間で日々の情報共有をし、毎月のケア会議やリーダー会議の場においても利用者の個別の状況の確認や分析が必要に応じて行われています。利用者や家族の意見と生活相談員、看護職員、管理栄養士、作業療法士、介護支援専門員、医師などらの意見も踏まえながら、サービス担当者会議を半年に1度と適宜必要に応じて行ない、利用者の状況を客観的に捉え、サービスの改善に繋げています。利用者家族の会も組織され、年4回の清掃活動や意見交換の際に、家族の意見の確認が行なわれています。</p> | | |
| 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 | 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。 | ㉑・㉒・㉓ |
| <p><コメント></p> <p>毎年度定期的に苦情解決第三者委員会会議が開催され、協議された内容が受審施設のホームページや年3回発行の福祉だよりなどに公表されています。公表される苦情受付の状況や内容は、苦情申し出の利用者や家族に不利にならないよう、配慮したかたちで、苦情の解決状況や対策、検討結果などが公表されています。また、受審施設玄関への意見箱の設置や苦情解決の体制の整備が図られており、苦情解決責任者や苦情受付担当者、複数人による第三者委員がそれぞれ設置されています。それらは契約書や重要事項説明書に明記され、施設内に掲示し、利用者や家族への周知が図られています。</p> | | |
| 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。 | ㉑・㉒・㉓ |
| <p><コメント></p> <p>利用者からの相談の内容により、個室や相談スペースでの対応を行ない、意見や相談をしやすいよう配慮がなされています。また、重要事項説明書に、利用者や家族などからの相談窓口と相談担当者が設置されていることを明記し、施設内に掲示し、利用者や家族など、関係者への周知が図られています。今回の第三者評価に伴う利用者家族へのアンケート調査では「利用者や家族からの相談や要望をよく聞いてくれる」との回答が多数を占める結果となっており、受審施設の普段からの取組が評価されていることが窺えます。</p> | | |

| | | |
|--|--|-------|
| 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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>相談や意見、要望への対応は、特定の職種だけでなく、多職種で連携して行なわれ、経過記録や連絡ノート*などを用い、部署内で共有し、記録用アプリケーション*内で部署を横断しての共有も場合によってなされ、ケア会議やリーダー会議の場で対応方法の検討が話し合われます。また、相談苦情対応マニュアルも整備されており、利用者や家族などからの意見や要望、相談などがあつた際の報告や記録、対応の手順が定められ、その内容の見直しが適宜必要に応じて行なわれています。</p> <p>*各部署で使用の職員同士で利用者に関する情報を共有するためのノート。 *支援経過や計画書などを作成、記録、共有する受審施設で使用している介護ソフト。</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 | Ⅲ-1-(5)-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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>事故防止や緊急時対応に関し、施設内で毎年度定期的に勉強会や新入職員研修が行われ、施設外の研修会への参加もなされています。また、事故対策委員会の設置と重要事項説明書への責任者の明記がなされています。事故発生時の対応手順と安全確保のマニュアルが各階の各部署に整備され、目に留め確認できる場所に置かれています。ヒヤリハット報告や事故報告の収集が行われており、3ヶ月に1度の事故対策委員会で発生要因の分析や再発防止策の検討がなされています。</p> | | |
| 38 | Ⅲ-1-(5)-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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>感染症対策委員会を設置し、感染症の予防や対応に関する担当部署や担当者、役割などを明確に定め、その予防や発生時の管理体制、対応マニュアル、業務継続計画（BCP）の整備がなされています。また、施設内で毎年度定期的な勉強会や新入職員研修を実施し、施設外の研修会への参加もなされています。感染を防護するガウンの装脱着の技術などの感染予防対策を看護職員が主体となり、関係職員への周知を図っています。感染の媒体となる職員やその家族の健康管理にも気を配り、職員出勤時の検温や抗原検査、調理員への検便の実施など、体制の整備が厳重になされています。</p> | | |

| | | |
|--|--|-------|
| 39 | Ⅲ-1-(5)-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><コメント></p> <p>地元の消防署と連携し、日中および夜間想定 of 避難訓練を毎年複数回実施し、消火訓練や防火設備の定期点検など、災害の備えが行なわれています。また、消防計画を策定し、消火設備や耐震措置の充実、地元自治会との連携なども図り、消防に関する連携協定を近く結ぶ予定となっています。さらに、食料や備品の備蓄リストもを作成し、災害対策が計画的になされています。災害時の安全確保対策では、利用者や職員の安否確認や職員体制、避難方法や避難ルートなどを定め、業務継続計画（BCP）も作成しています。</p> | | |

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

| | | 第三者評価結果 |
|---|---|---------|
| 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 | 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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>サービス実施時の留意点や利用者の個別性、プライバシー保護などの内容も含めた新入職員向けの研修を行ない、各種整備されている介護技術などに関するマニュアルは全職員がいつでも閲覧できる場所に備え、日常の業務で活用されています。また、職員間での提供するサービスの水準や内容の違いをなくすため、日々の業務の中で伝達や個別指導を行ない、施設内で勉強会や研修会などを行ないながら、職員の到達度を指導担当の職員や上長が評価し、介護技術などの標準化を図っています。</p> | | |
| 41 | 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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>新たな介護機器の導入など、新しい取組を行なう際は、事前に研修会や説明会、手順書の整備が行なわれています。日常の介護や相談援助、書類作成などについて、それぞれ実施方法が文書化され、各々の部署で活用されています。それら手順書の内容について、必要の際の見直しは行なわれていますが、実施されるサービスの質を保ち、その向上を図るためにも、手順書や標準的な実施方法について、定期的に現状を検証し、見直しを行なう仕組みを定め、継続的に実施していくことが期待されます。</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。 | | |
| 42 | Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく福祉サービス実施計画を適切に策定している。 | ㉖・b・c |
| <p><コメント></p> <p>アセスメントは、「ケアチェック表*」や「24時間シート*」という施設内で定めた様式を使い、半年ごとに行なわれています。また、計画の策定は、看護職員や管理栄養士、作業療法士、介護支援専門員など、関係職員全員で協議し、行われています。利用者や家族などの意向の把握や同意、計画の作成、実施、評価、見直しなどのプロセスが、定められた手順に基づき行なわれ、計画通りにサービスが実施されているか、毎月モニタリングを行ないながら、日々の利用者の様子を関係職員で共有し、サービスの実施状況を確認する仕組みが利用者一人ひとりに対して整備され、機能をしています。</p> <p>*利用者の経過や状況などを記録、共有するための受審施設で使用しているアセスメント様式の名称。</p> | | |
| 43 | 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。 | ㉖・b・c |
| <p><コメント></p> <p>計画書の共有や周知は、記録用アプリケーションを使用し各職員が閲覧できるかたちで行なわれ、さらに細かな共有事項は、各階の各部署ごとに備えられた連絡ノートを活用したり、毎月のケア会議などでも共有や周知が行なわれています。また、サービス実施計画の見直しは、入所後1ヶ月と半年ごとの定期に加え、適宜必要に応じても行なわれています。サービス担当者会議は、その見直しごとに行われ、計画の内容の検討がなされ、介護職員を含めた多職種が毎回参加して内容の見直しと検討を行なうことが、施設内で定められ、必要の際や緊急的にも内容の変更が適宜行なわれています。</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。 | | |
| 44 | Ⅲ-2-(3)-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。 | ㉖・b・c |
| <p><コメント></p> <p>利用者の身体や生活に関する状況は、記録用アプリケーションや連絡ノートに記録され、職員間で共有されています。定期的なケア会議やリーダー会議、各種委員会においては、部門を横断した情報の共有がなされています。また、日々の引継ぎや申し送りには、各階、各部署の所定の場所に備えた連絡ノートが活用されています。介護記録マニュアルの各部署への整備もなされており、記録の内容や書き方の職員間での統一を図るため、新入職員研修や施設内研修で周知し、日々の業務の中においても個別の指導が行なわれています。</p> | | |

| | | |
|--|----------------------------------|-------|
| 45 | 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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>文書保存規程が定められ、記録の取扱いについて留意すべき保管方法、責任者の設置、保存と廃棄、情報の開示などが明記されています。また、記録マニュアルも整備され、個人情報の利用目的や個人情報に関する基本方針、相談窓口を明記した個人情報保護に関するお知らせが、施設内に掲示されています。個人情報の取扱いについては、入所契約の際に利用者や家族に対する丁寧な説明を行い、文書により同意を得ています。さらに、新入職員向けや施設内にて、毎年度個人情報保護に関する研修を行ない、記録の保管や管理、情報の流出などについて、教育や理解が図られています。</p> | | |

第三者評価結果【高齢者福祉サービス版】

内容評価項目

A-1 生活支援の基本と権利擁護

| | | 第三者評価結果 |
|---|--|---------|
| A-1-(1) 生活支援の基本 | | |
| 1 | A-1-(1)-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 |
| <p><コメント></p> <p>利用者一人ひとりに応じた生活となるよう、入所時に利用者や家族から「ライフヒストリー表」を提出してもらい、趣味や生きがい、楽しみにしていたこと、好きな食べ物などの把握をしています。利用者の意向や好み、自分でできること、サポートが必要なことなどを担当となる介護職員が聞き取り「24時間シート」を作成しケアプラン更新の時期に合わせて見直ししています。ケース記録には24時間で記録をつけ、いつでもどこで何をしたかが一人ひとりわかるよう記録しています。利用者の入所前からの生活リズムにできるだけ合わせて支援しています。</p> | | |

| | | |
|---|---|-------|
| 2 | 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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>毎日、機能訓練の時間に総合リハビリテーションとしてレクリエーションや軽体操、脳トレなどを行っています。活動内容に応じて利用者が参加できるよう声かけするなど参加を促しています。入所時に聞き取りをして作成した「24時間シート」をもとに利用者の入所前からの生活リズムにできるだけ合わせて支援しています。状態変化などにより変更があった場合はケースカンファレンスで他職種でケアプランや「24時間シート」の見直しを行っています。入所前に支払い方法など打ち合わせをしておくため入所してから成年後見制度の利用につなげることは少ないようですが、必要な場合は生活相談員が中心となり各市町村の相談窓口と連携しながら利用支援をしています。入所時から成年後見制度を利用している利用者については、後見人等とも連絡調整しています。成年後見や日常生活自立支援事業の活用や関係機関連絡先について記載した「権利擁護マニュアル」を整備しています。</p> | | |
| 3 | 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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>一人ひとりに合わせて「24時間シート」を作成するため、生活相談員が中心に入所前の暮らしや生活習慣を把握し、できる限り利用者や家族の意向を確認しています。利用者の情報はユニット内で月1回程度ユニット会議を開催するほか、日々の業務で口頭で共有するだけでなく「連絡ノート」に記載したり、ICTシステムの「記録一覧」や「申し送り」などに記録し共有を図っています。介護度が高い利用者が多いため、自宅で暮らしていたような生活を意識して支援しています。生活相談員は毎日施設内を巡回し、利用者全体の状態把握に努めています。介護支援専門員は介護職員と兼務が多いため、現場の状況や利用者の状態把握がしやすい環境にあります。加えて、介護スタッフ、生活相談員、介護支援専門員は常に情報を共有しています。ケアプランを作成する際には「どのような生活をしたいか」を聞き取るようにしています。</p> | | |
| 4 | A-1-(1)-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 |
| <p><コメント></p> <p>介護度が高くコミュニケーションへの配慮が必要な利用者が多いため、入所前の生活習慣や家族などから聞き取りをした趣味嗜好を参考に支援しています。「マズローの欲求5段階説」を参考に、下層から満たされるためにも日々のケアを大切にしています。また、会議の中で言葉づかいや話し方などの接遇に関して繰り返し伝えていきます。利用者に向き合う姿勢が言葉に表れることを意識し、日々のケアから利用者の尊厳に配慮しています。</p> | | |

| | | |
|--|-----------------------------------|-------|
| A-1-(2) 権利擁護 | | |
| 5 | 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。 | ㉖・b・c |
| <コメント> 「高齢者虐待防止に関する指針」や「身体拘束廃止マニュアル」、「身体拘束廃止に関する指針」や「身体拘束ゼロへの手引き」を整備しています。また、「高齢者虐待及び身体拘束廃止委員会」を年4回実施しています。虐待防止研修は参集型とWeb型とそれぞれ1回ずつ実施しています。2024（令和6）年度は「身体拘束廃止について」をテーマに実施しています。ユニット会議にて3ヶ月に1回、「高齢者虐待防止チェックリスト」を使用して日々の支援の振り返りをしています。高齢者や障害者の虐待に関するニュースや情報は、施設長や副施設長から職員に共有し常に意識するよう働きかけをしています。 | | |

A-2 環境の整備

| | | |
|---|---|---------|
| | | 第三者評価結果 |
| A-2-(1) 利用者の快適性への配慮 | | |
| 6 | 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。 | ㉖・b・c |
| <コメント> 室温は受審施設で設けている設定温度で管理しています。ユニット型は個室のため自室でエアコンをつけることができますが、温度設定は職員が都度確認をしています。また、電気毛布を使用する利用者もいるため、事故やけががないよう声かけをしています。ホールには椅子、テーブル、ソファなどを用意し、利用者にあわせて過ごす場所を選択できるようにしています。ユニット型はユニットごとに色を分けています。居室には利用者の作品などを飾り、自室とわかるように表示しています。従来型は多床室のため、仕切られた空間には利用者の場所とわかるよう利用者の好みの物を置くようにしています。 | | |

A-3 生活支援

| | | 第三者評価結果 |
|---|---------------------------------------|---------|
| A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援 | | |
| 7 | 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。 | ㉖・b・c |
| <p><コメント></p> <p>「入浴ケアマニュアル」に基づき、入浴支援を行なっています。従来型は機械浴が1台、ユニット型はそれぞれのユニットに個別浴槽が1台あります。入浴はケアの中で全身観察ができる場として意識しており、週2回入浴の時間を設けています。利用者の尊厳や感情に配慮し、できるだけ同性介護を行なっています。浴室と脱衣所の温度差、お湯の温度は低めにするなど、浴室内の温度管理をしています。入浴時間や洗い方について、利用者の意向と心身の状況に合わせて、一律にすることなく一人ひとりにあわせて支援しています。シャンプーや石鹸は受審施設で用意していますが、個人のものを使用したいと申し出があれば個別に受け入れをしています。</p> | | |
| 8 | 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。 | ㉖・b・c |
| <p><コメント></p> <p>「排せつ介助マニュアル」に基づき排せつの支援を行なっています。ユニット型はそれぞれの居室にトイレが設置されていますが、従来型も施設設立当初から可能な限りトイレで排せつをして欲しいとの思いから、ポータブルトイレではなくトイレを設置してきました。現在も排せつケアは重点的に支援しており、おむつゼロを目指し、日中はトイレで排泄することを促しています。おむつを使用する利用者について、定時で交換することもあります。訴えがある場合はその都度交換を行っています。従来型でポータブルトイレを使用している場合、都度清掃を行い衛生面を保っています。自尊心にかかわるケアであることを意識して、たとえば大きな声で皆に聞こえるように促しをしないなど、職員研修などを通して職員に伝えていきます。排尿・排便の回数は毎回確認し、特記事項があった場合は記録しています。</p> | | |
| 9 | 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。 | ㉖・b・c |
| <p><コメント></p> <p>移動の支援ではけがをさせないよう安全面の配慮をする、不安がないよう声かけを行うなど意識して支援をしています。従来型は車椅子を使用している利用者が多いですが、ホールへ移動した際には椅子に移乗しています。介護ロボットとして移乗リフトを導入し、移乗や起立姿勢保持などの際に活用しています。従来型には機能訓練指導員、ユニット型には作業療法士が配置されているため、機能訓練として毎日レクリエーションを行なっています。福祉用具を使用したり変更する場合も、機能訓練指導員や作業療法士がケースカンファレンスに参加し検討しています。できるだけ自力で移動できるよう支援しているため、ヒヤリハットの報告を共有することでより安全を意識して支援しています。</p> | | |

| | | |
|--|---|-------|
| A-3-(2) 食生活 | | |
| 10 | A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>食事は旬の食材を使用したり、お正月や誕生日など行事に応じた食事を提供しています。出汁は鰹節や煮干しなどからとり、生姜や葱などで味付けにアクセントをつけています。入所時に食事動作や禁食アレルギー、摂取量、嗜好を聞き取りしフェイスシートに記入し、職員間で共有しています。茶碗や湯呑み、箸などの持ち込みを可能とし、本人の持ち物を使用するようにしています。「給食施設衛生管理マニュアル」に基づき衛生管理が行われています。従来型は多床室のため感染防止にパーテーションを設置したり、ショートステイ利用者とは食べる空間を分けています。ユニット型は個別性を重視し、他の利用者と一緒に食事をするだけでなく、一人で食事をすることも選択できるようにしています。</p> | | |
| 11 | 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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>管理栄養士は食事時間に入所者の食事の様子を観察したり、カンファレンスなどの会議の前には利用者の様子を見に行き食事援助を担当する介護職員などと情報交換をし利用者の状況把握をしています。栄養ケア計画は3ヶ月に1回、介護職員と話し合いをしながら作成しています。突発的な発熱などの状態変化があった際は、食事形態を変更するなど対応しています。おやつは家族持ち込みか、本人の希望で職員が購入していますが、食事制限がある場合は、管理栄養士と相談しながら提供する頻度や量を決めています。お正月にお餅を提供しますが、事前に「餅など摂取時の注意点」や「緊急時の対応マニュアル」について、会議の場で確認をしています。栄養補助食品が必要な利用者には、カンファレンスなどの会議にて、本人にあった補助食を選択するようにしています。</p> | | |
| 12 | 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・㉑・c |
| <p><コメント></p> <p>「口腔ケアマニュアル」に基づき、1日3回、食後の口腔ケアを行なっています。自立している利用者は自分で歯磨きを行うのを見守ります。介助が必要な利用者には介護職員が歯磨きを行います。義歯の利用者は每晚回収し、介護職員が洗浄しています。歯科医師および歯科衛生士が週1回往診し、義歯の手入れ、抜歯など口腔ケアをしています。本人や家族の希望があれば、歯科衛生士が毎週口腔清掃を行なっています。従来型でも1日3回の口腔ケアを目指しているようですが、状況によって口腔ケアの回数が1日2回になるなど、実施回数にバラつきがあるようでしたので、改善が望まれます。</p> | | |

| | | |
|---|---|-------|
| A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア | | |
| 13 | A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <p>「褥瘡予防マニュアル」、「施設における褥瘡対策のための指針」に基づき、褥瘡状態の評価や褥瘡対策チームが組まれています。年4回褥瘡予防対策委員会を開催し、生活相談員、介護職員、作業療法士や機能訓練指導員、看護職員、管理栄養士、介護支援専門員が参加し、現在の状態の評価や使用物品の確認、栄養状態の評価を行なっています。褥瘡は初期段階から嘱託医へ報告し、往診時に治療をしています。処置は1日1回看護職員が行い、医務室内にある「連絡ノート」で看護職員間の情報共有を行なっています。食事摂取状況の評価し栄養補助食品を提供しますが、個人の状態に応じて必要な食品を選定して提供しています。毎年褥瘡に関する研修を実施し、2024（令和6）年度は「褥瘡のできるしくみと予防」の研修を実施しています。</p> | | |
| A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養 | | |
| 14 | 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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <p>「口腔内吸引、胃ろうの手順書」に基づき、喀痰吸引および経管栄養を行なっています。喀痰吸引が必要な利用者は主治医からの指示書のとおり、看護職員が行いますが、喀痰吸引等研修を受講した介護職員が口腔内に限り行うこともあります。経管栄養を実施する際にも喀痰吸引の指示書も出るため、看護職員が中心となりケアを行います。喀痰吸引・経管栄養が必要な利用者がある場合は、都度、看護職員が介護職員に指導および助言を行なっています。</p> | | |
| A-3-(5) 機能訓練、介護予防 | | |
| 15 | 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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <p>作業療法士および機能訓練指導員により、個別機能訓練計画書に基づき、生活活動の機能向上のためのリハビリテーションを行なっています。毎月「リハ評価」として記録します。従来型は毎日午後から集団リハビリテーションとして、レクリエーションなどを実施しています。また、従来型は居室からフロアまで距離が長いいため、移動することも一つの活動として捉えています。従来型は毎朝ラジオ体操を行い、できるだけ参加できるように声かけをしています。個別機能訓練計画書はケースカンファレンス時にアセスメントを行い計画の見直しをしています。</p> | | |

| | | |
|--|---|-------|
| A-3-(6) 認知症ケア | | |
| 16 | A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>「認知症高齢者のケアマニュアル」に基づき、尊厳を尊重することを意識して支援を行なっています。また、毎年認知症に関する研修を実施しています。2024（令和6）年度は「認知症ケアの基本」や「認知症水分ケア」をテーマに行なっています。精神科医師の往診はないため嘱託医の医師に相談しながらケアを行なっています。利用者同士の関係に配慮し、安心して過ごすことができるよう居場所を調整しています。</p> | | |
| A-3-(7) 急変時の対応 | | |
| 17 | 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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>「緊急時の対応マニュアル」に基づき、体調変化時は対応しています。午前と午後の検温および、入浴前のバイタル測定で状態の把握を行なっています。介護職員が体調変化に気づいた場合、看護職員に報告、看護職員がバイタル測定をしながら、嘱託医へ報告の連絡をします。看護職員は24時間対応とし18時以降はオンコール体制となります。救急時は看護職員が嘱託医と相談し、往診か救急搬送の指示を出しています。同時に生活相談員や介護職員が家族へ連絡します。夜間急変時の対応については、「夜間緊急受診の対応マニュアル」に基づき支援しています。看護職員はユニット型、従来型を4人の看護職員で巡回し、全ての利用者を把握しています。</p> | | |
| A-3-(8) 終末期の対応 | | |
| 18 | A-3-(8)-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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>終末ケアマニュアルに基づき、終末期を迎える利用者のための対応手順を確立しています。入所時に「看取りに関する指針についての同意書」や「終末期における対応についてのご家族の意向」にて、本人および家族などの意向を確認しています。また、「医療についての同意書」で終末の治療についての意向を確認しています。これらの意向調書は生活相談員、嘱託医、医務室、個人記録、それぞれにファイリングし、どの職種もすぐに対応できるようにしています。2024（令和6）年度の研修では「看取り介護について」をテーマに実施しています。家族にとって悔いが残らないよう、面会の機会をもつなど家族と連絡しながら対応しています。</p> | | |

A-4 家族等との連携

| | | 第三者評価結果 |
|--|------------------------------------|---------|
| A-4-(1) 家族等との連携 | | |
| 19 | 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・b・c |
| <p><コメント></p> <p>家族などに対し、日常のことについては介護職員や生活相談員から、体調など医療面については看護職員から連絡をしています。毎日24時間単位で記載している記録全日分を毎月の請求書に同封し郵送しています。また、家族主催の家族会を年4回開催しています。家族会には、家族と意見交換をしたり施設を知ってもらう機会として施設職員も参加しています。利用者アンケートで「職員は、利用者ご本人がサービスを受ける際、あなた自身の相談事項や要望などをよく聞いてくれますか？」との問いに対し、「よく聞いてくれる、まあ聞いてくれる」と回答した家族が8割以上いました。また、感染症の関係で面会制限していることについて、施設での生活が見えづらい、個室での面会や外出ができるようにして欲しいとの回答もありました。家族との面会について施設も悩みながらの対応であるとの説明はありましたが、他の施設などの状況も取り入れながら検討し続けることを期待しています。</p> | | |

A-5 サービス提供体制

| | | 第三者評価結果 |
|---------------------------------|---|---------|
| A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制 | | |
| 20 | 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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>※非該当</p> | | |