

(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：深谷荘	種別：地域密着型 特別養護老人ホーム	
代表者氏名：徳永 憲威	定員（利用人数）：20名	
所在地：岡山県備前市三石2791番1		
TEL：0869-62-2717	ホームページ： http://mitanisou.com	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：2012年5月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 しあわせの郷		
職員数	常勤職員：8名	非常勤職員：3名
専門職員	社会福祉士：1名	調理師：3名(委託)
	介護福祉士：4名	医師(嘱託)：1名
	看護師：4名	
	管理栄養士：1名	
施設・設備 の概要	(居室数)	(設備等)
	個室 20部屋(ユニット型) (桜：10部屋、桃：10部屋)	居室、トイレ、浴室、生活共同 室、談話コーナー、施設長室、 介護員室、更衣室、多目的室、 リネン庫、附室、特別避難階段

③理念・基本方針

【理念】

地域のお年寄りの方が、生きがいを持って安心して暮らすことのできる、地域に開かれた施設づくりを通じ、役職員が一丸となって、介護を必要とする人のために、より良いサービスを提供いたします。

【基本方針】

1. 利用者の人権と個性を尊重し、心のこもった介護で豊かな暮らしを支えます。
2. 地域との連携を大切にして信頼される施設づくりに努め、地域福祉に貢献します。
3. 職員の育成指導並びに福利厚生の実施を図り、安心して働ける環境作りに努めます。
4. 健全かつ活力ある経営に努め、安定した施設運営を目指します。

④施設・事業所の特徴的な取組

入居者の個別性を重視するとともに日々の変化を職員間で共有・対応を確実にし、検討と評価・改善を行うことで職員が気づき行動を繋げることを重視しています。また、地域ニーズに合わせて、要介護1・2の方も利用できる地域密着型の特別養護老人ホームとして事業を運営しています。加えて、より個別性を重視するためユニットケアを採用しています。

なお、高齢化率が41.1%(令和5年10月1日時点)と、県内でも高い数値である備前市で、居宅介護支援事業所、短期入所生活介護、特別養護老人ホームなどの多様なケアサービスを提供し、地域の多様な介護ニーズに応えています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	2023年10月1日(契約日) ~ 2024年3月18日(評価結果確定日)
受審回数(前回の受審時期)	0回(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

受審施設の入居率や人材確保などの経営課題解決のため、解決能力のある幹部職員を配置して、経営の健全化、効率化が図られています。事業計画や決算書などは、法人全体のものだけでなく、受審施設の事業計画や決算報告書も詳細なものが作成され、毎年更新されています。事業計画の内容は経営面だけでなく、福祉サービスの質向上に向けた取り組み目標も盛り込まれています。地域の福祉ニーズを勘案して、深谷荘の新館部分(別館)を「地域密着型サービス」として運営しており、地域課題の解決に向けて尽力されています。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

年度ごとに採用契約に基づく予算組を行い、事業計画の中で人材確保計画が作成されています。深谷荘では施設長と施設長代理という組織体制で運営しており、それぞれが自身の経験に応じた業務を行っています。人材確保については外国人技能実習生制度の活用や、施設長や施設長代理自らが介護福祉士や社会福祉士の実習指導者講習会を受講するなどしています。情報公表は、施設内の介護システム「ほのぼの」や深谷荘のホームページで毎年行われており、運営の透明化が確保されています。

また、受審施設は、立地する備前市や三石地区の地域課題を把握し、その解決、緩和に向けて他機関・団体と連携、協働して地域貢献活動を行っています。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

サービスの提供にあたっては、何にしてもまず生活相談員が一元的に相談、対応を行います。その後、各専門職からなるモニタリング会議に諮り、支援方針（計画）を協議、決定するなど系統的、包括的なサービス提供体制を整えています。また、受審施設には、地元地域の特性から特例入所者が常に利用（入所）されていますが、利用者の多様な生活・介護ニーズに対応する上でも、この体制は効果的だと考えられます。

評価対象A 福祉サービス内容評価基準

「モニタリング会議」や「ミニカンファレンス」などを通じ、利用者の日々の心身の状況、暮らしの意向を把握されています。利用者の個性を尊重した生活環境の整備を行うとともに、利用者それぞれの状況に合わせた形での食事の提供、入浴支援、移動支援、排泄支援などが行われています。虐待防止、権利擁護など人権を守るための研修・取り組みなども定期的に行われています。

◇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

詳細な短期計画は作成されていますが、中・長期計画が作成されていません。法人全体として中・長期計画を作成されていないようなので、年次計画と同様に中・長期計画も作成されてみてはいかがでしょうか。また、各種計画について、利用者やご家族への周知は、ホームページの公表と施設入口での公表のみとなっています。ケアプランとともに事業計画の概要等を理解しやすい簡易な形で配布してはいかがでしょうか。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

組織体制において、施設長と施設長代理の役割の明確化が図られることを期待します。職員の自己評価やヒアリングでは「2人の役割について把握が難しく、相談する時にどちらに相談したらいいか悩む」といった声がありました。事務分掌は作成されていますので、施設長代理の業務内容を追加して「ほのぼの」や回覧等で職員との意識統一を図ってみてはいかがでしょうか。

また、新型コロナウイルス感染症の流行という事情もあって、受審施設が経営理念や基本方針に掲げる地域社会との関係性が途絶えつつあります。要介護高齢者が入所する施設であることから慎重になるのはやむを得ませんが、可能などころからでも交流を再開していただければと思います。2024(令和6)年度以降、順次再開する予定とのことですから、それに期待するところです。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

サービスの満足度調査や苦情解決制度、利用者が意見をしやすい環境づくりなど、利用者本位のサービス提供の基盤になる取り組みが、残念ながら十分ではありません。また、サービスの標準的な実施方法が定められておらず、いわば経験則に則った指導が中心で、サービスの均質化や実践知の継承に課題を残しています。

この他、評価項目のコメント欄には個々に挙げていませんが、総じて、整備済みのサービス提供基盤に関する規程類も、加筆、修正が必要な部分を確認されました。また、掲示や設置が必要な文書類も、利用者やその家族の立場からすると難解で、フォントも小さく読みづらいものが目立ちます。利用者本位のサービス提供という観点からはやや配慮に欠けると言わざるを得ません。いずれにしても、受審施設にあっては、今まさに経営改革の過渡期にあるという印象を強く抱きました。

また、受審施設では将来的な人材確保方針として、外国人技能実習生や特定技能外国人の増員を検討されていると伺っています。言うならばこの先、多様な文化や価値観をもつ職員同士が協働して良質なサービスを提供する職場を構築していく必要があるのは当然です。もっとも、文化や価値観を異にする職員同士がコンプライアンスを遵守し、円滑にサービスを提供していくためには、単に規程類を整備するだけではなく、手順やフローチャート、図表や絵写真を取り入れたマニュアルやチェックリストなど、多様性を尊重した分かりやすい資料を作成する必要があるのではないのでしょうか。既に作成されているマニュアル類の総点検も含め、中・長期的な視野からの検討をお願いできればと考えます。

評価対象A 福祉サービス内容評価基準

日常生活支援の側面において、細やかな口腔ケアや日常のコミュニケーション面が足りないと感じる職員がおられました。多くはその理由をスタッフ不足と感じているようです。スタッフの在職期間が短い(辞めてしまう)ことから介護に関するケア知識が十分でなく、適切な介護サービスが提供できていない可能性も考えられます。職員定着のために、知識不足、技術不足を補うための介護技術のマニュアル化、介護技術向上のためのサポート体制の強化などを検討してみてもいかがでしょうか。また、施設面(入浴施設、トイレ)においても、快適な環境形成、利用者の尊厳保持のために改修などを検討されてみてはいかがでしょうか。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価の中で施設運営上の課題が客観的に浮き彫りになることにより、今後の運営改善へのきっかけにすることができた。

⑧第三者評価結果(別紙)

(別紙)

第三者評価結果【高齢者福祉サービス版】

その1：共通評価項目

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
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
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
<コメント> 「地域に開かれた施設づくり」を理念としており、1階の事務室や介護員室に掲示されています。また、施設パンフレットやホームページなどにも理念が記載されています。経営状況は月次の稼働率や収支報告、各委員会の活動報告等を共有する「全体会議」で幹部職員に共有されており、その会議の議事録はパソコン上の介護システム「ほのぼの」で全職員が閲覧できるようになっています。一方、利用者やその家族の周知にまでは至っていません。ケアプランの立案や変更の際に、受審施設の理念や基本方針などを明記した文章を添えてみてはいかがでしょうか。		

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。		
Ⅰ-2-(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・b・c
<コメント> 法人全体の事業計画とは別に、施設単体での事業計画や決算書を作成して毎年更新を行っています。受審施設の経営状態によって職員を派遣して、体制の立て直しを図っています。利用者の入居率やサービス提供の記録などは、介護システム「ほのぼの」で適切に記録されており、いつでもサービス提供状況、入居率やコスト分析が行える体制が整っています。また、各サービスでフロア目標が毎年設定されており、介護員室にはフロア目標が掲示されています。		

I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>I-2-(1)-①のとおり、経営課題が明確にされています。施設長クラスは毎月理事会で経営状況の報告を法人の本部に行っています。受審施設の財務状況などは毎月の全体会議で施設長クラスの職員に共有されており、介護システム「ほのぼの」でも職員が閲覧できるようになっています。施設長代理へのヒアリングでは「現場職員には単に数字を読み上げるのではなく、理解しやすい言葉に変えて説明している」とのことです。具体的な取り組みとしては、入居率確保のため一部サービスを地域密着型に移行して、要介護度が1や2の地域住民が利用できるように体制を整えています。また、施設長代理が異動前は平均70%だった入居率を95%まで高めるなど、経営状況の改善が図られています。</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。		
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・b・c	
<p><コメント></p> <p>中・長期計画が作成されていません。現状の目標や課題を整理しつつ、改めて中・長期計画を策定してはいかがでしょうか。単年度計画の中には、中・長期の目標になりうる項目もいくつか確認できました。単年度計画の中で目標達成まで3年～5年以上かかる項目においては、中・長期計画として別で作成してみてもはいかがでしょうか。法人全体やグループとしても中・長期計画が作成されていないようですので、これを機に作成されることを期待します。</p>		
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・b・c	
<p><コメント></p> <p>事業計画の中で単年度の計画や目標が策定されています。計画は毎年見直されており、社会の動向や施設の運営状況をもとに、経営面やサービス提供面など詳細な計画が策定されています。一方で、前述のとおり中・長期計画が作成されていないため、単年度計画は中・長期計画を反映したものとはなっていません。単年度の計画を中・長期計画の内容とリンクさせて作成した上で、理念や基本方針と合わせて施設のビジョンとして職員に周知されることを望みます。</p>		

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>I-3-(1)-②のとおり、事業計画は毎年見直されており、全体会議や介護システム「ほのぼの」にて職員に共有されています。職員へのヒアリングでは「事業計画は本部で作成するが、トップダウンで作成されている部分がある」とのことでした。事業計画の内容は職員に周知されているので、事業計画更新前の全体会議などで職員から意見をつのり、施設長や施設長代理から本部会議や理事会などで事業計画に盛り込む必要がある項目を伝えるなど、現場の意見を盛り込めるような体制作りを望みます。</p>	
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・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画や決算報告書、重要事項説明書など施設情報は玄関に専用の棚を設けて訪問者が目にしやすい形で掲示されています。施設のホームページで法人理事の交代をお知らせしたり、「介護サービス情報公表システム」や「ワムネット」で情報公開しています。利用者やその家族には、入所契約の際に重要事項説明書などにて事業計画について事業の概要や事業計画を知らせています。一方で、利用者やその家族が分かりやすい内容に噛み砕いた資料を作るまでには至っていません。事業計画は施設長や施設長代理から職員に分かりやすい形で説明が実施されていますので、同じように利用者やその家族などにも事業計画を伝える仕組み作りや書類を作成してみたいかでしょうか。</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。	
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>単年度計画において、「職員教育、研修計画」として明記され、対話型研修を取り入れたり、新人職員の経験に応じて1週間～1か月の新人教育を実施するなど、他利用者へのサービス提供の質の向上や職員の研修について協議されています。また、毎日の引き継ぎとは別に時間を設けて、専門職が集まって数10分程度の「ミニカンファレンス」を開催しています。一方で、サービス提供を振り返るための受審施設独自の自己評価は行われていません。施設長や施設長代理が職員と個別面談を行う時間は設けているようなので、その中で個人の目標管理設定や施設の自己評価、振り返りなどを行う機会を設けてみてはいかがでしょうか。</p>	

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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>施設の経営状況分析や、サービス提供状況が詳細に把握できるシステム構築および文書化が行われており、課題や改善策が具体的に事業計画で示されています。一方で、自己評価や外部評価などは行われていません。受審施設では今回が第三者評価の初受審とのことなので、今回の第三者評価を受けて、次年度から施設独自に自己評価や外部評価を積極的に取り入れられるような体制づくりを期待します。</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
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
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。	a・b・c	
<p><コメント></p> <p>基本的には組織図や職務分掌表において責任が明確化されています。事業の継続的運営について、事業継続計画(BCP)が作成されています。BCPの中では、災害と緊急時の対応や地域との連携、優先すべき事業など、詳細に記載されています。施設運営は、施設長と施設長代理が中心となって行われていますが、お互いの職責権限についての職務分掌が確認できませんでした。通常業務では施設長は現場の介護サービスの提供などについて、施設長代理は経理や労務関係についてと、お互いの専門性は把握されているようなので、業務上の責任明確化のためにも、その文書化が行われることに期待します。</p>		
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。	a・b・c	
<p><コメント></p> <p>施設長や施設長代理は法定研修の中で、経営や人事労務に関する研修や勉強会に参加しています。受審施設では、岡山県の老人福祉施設協議会に所属しており、法制度や介護情報について把握して、処遇改善加算の変更に伴う給与額の変更などを「ほのぼの」で職員に周知するとともに、紙媒体での回覧を実施しています。</p>		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
Ⅱ-1-(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・b・c	
<p><コメント></p> <p>施設長と施設長代理が主体となり、各種委員会や職員の個別相談について助言を行っています。苦情や事故が生じた場合は、対象者との対面を必ず行い改善に向けて取り組まれている様子が記録で確認できました。施設長は社会福祉士実習指導者講習会を受講しており、施設長代理は介護福祉士実習指導者講習会を受講予定です。研修については、法定研修だけでなく職員との対話型研修を取り入れるなど、積極的に福祉サービスの質向上を図っています。職員へのヒアリングでは「施設長や施設長代理とは業務上困ったことがあればいつでも相談できる関係性である」とのことです。</p>		

<p>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。</p>	<p>a・b・c</p>
<p><コメント></p> <p>各種委員会が主体となって、全体の取り組みを把握・評価して、全体会議や施設内研修に反映させています。また、事業計画の重点施策として稼働率98%を掲げ、地域密着サービスの特色を活かした施設のあり方を職員に説明するとともに、地域で支援が必要な要介護度の低い高齢者の受け入れを行い、経営改善を実現しています。一方で、職員へのヒアリングでは「施設長と施設長代理、どちらに相談したらいいかわからない」という声がありました。Ⅱ-1-(2)-①に記載の課題と同様に、お互いの立場の明確化が図られることを期待します。</p>	

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
<p>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。</p>		
<p>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。</p>	<p>a・b・c</p>	
<p><コメント></p> <p>年度ごとに採用計画に基づく予算組を行い、事業計画の中で人材確保計画が作成されています。法人全体で外国人技能実習制度・特定技能制度を活用しており、受審施設でも外国人を受け入れており、日本語能力のスキルアップや介護の資格取得奨励も行っています。今後は慢性的な人員不足を改善するため、施設長代理が介護福祉士実習指導者講習会を受講して、介護実習生などへの受審施設周知も図っていくとのことです。</p>		
<p>Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。</p>	<p>a・b・c</p>	
<p><コメント></p> <p>人事基準は「人事・労務に関する規程」の中で示されており、人事考課は職員への面接や日々の業務や取得資格によって行われています。賞与支給前には、職員をA～Dで評価を行うとともに、昇進や昇格などの検討が毎年行われています。一方で、職員が自らの将来像を描くことができるような人材育成の実施にまでは至っていません。文書化は行われているので、数年から数十年先を見据えた目標管理およびスキルアップ計画を、主任介護福祉士や主任ケアマネージャーへのスキルアップ制度などを参考にしながら、職員に示してみたいかがでしょうか。</p>		
<p>Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>		
<p>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。</p>	<p>a・b・c</p>	
<p><コメント></p> <p>有給休暇の希望や残業が発生した際には適切な管理を行うとともに、ストレスチェックの実施や職員の面談を行うなど、職場の就業状況や意向を定期的に把握していますが、職場環境を把握する仕組みづくりが十分ではありません。職員への個別面談を全職員に定期的に行ったり、ストレスチェックの結果から分析や検討を行うなどの仕組みづくりが必要です。</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。

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・b・c
-----------------------------------	-------

<コメント>

職員一人ひとりの育成に向けた目標管理が行われておらず、職員の育成計画の策定が行われていません。Ⅱ-2-(1)-②のスキルアップ制度の活用や、施設独自の自己評価、定期的な面談の設定、目標管理制度やその振り返りなど、職員の総合的な育成が行える体制づくりを望みます。

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。	a・b・c
---	-------

<コメント>

組織が目指す福祉サービスを実施するために、期待する職員像は基本方針や計画の中に明記されていますが、その内容の実施や研修計画との関連付けが必要です。研修は毎年計画を策定して実施しており、詳細な報告書(復命書)が作成された上で職員に回覧されています。研修内容の周知に関する仕組みづくりは出来ていますが、知識を伝達する研修等の開催にまでは至っていません。職員への文書報告は実施されていますので、研修を受講した職員が例えば、復命研修のような形で研修内容を共有する時間を設けてみてはいかがでしょうか。

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。	a・b・c
-------------------------------------	-------

<コメント>

新人職員の教育については、各職員の技能や経験年数を施設長らが把握した上で、最長約1ヶ月間、現場職員がOJTのような形で一緒に業務をこなすことで実施されています。研修については、その機会は確保されていますが、職員の積極的な参加までには至っていません。毎月の研修は、職員が必ず通る動線(タイムカードのすぐ上)に掲示して周知を行っていますが、施設長や施設長代理から個別に声をかけて職員が研修に参加している状態とのことなので、職員との面談の中で研修希望をとるなどして、研修への意欲向上を図ってみてはいかがでしょうか。

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。

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。	a・b・c
---	-------

<コメント>

2020(令和2)年度より、実習指導者が不在のため受け入れ中止していますが、受け入れに関するマニュアルは作成済みです。施設長代理は介護福祉士実習指導者講習会を受講予定とのことなので、今後の学校側への周知、介護福祉士や社会福祉士などの実習生の受け入れを期待します。

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。		
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。		①・b・c
<p><コメント></p> <p>事業や財務などは深谷荘ホームページや「介護サービス情報公表システム」、「ワムネット」などで情報公表を行っています。地域密着型の特別養護老人ホームとして、地域の中で支援が必要な住民への介護サービスの周知と提供を行っています。今回の第三者評価の結果も同様に、施設内介護システムの「ほのぼの」や、ホームページなどに掲載することをおすすめします。</p>		
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。		①・b・c
<p><コメント></p> <p>「外部委託に関する管理規定」を作成しており、基準を設けて業務委託が行われています。受審施設の事務や経理などについては、税理士が内部監査を定期的実施しています。詳細な分析や分析結果からの改善点を、次年度の事業計画書に反映させています。経営状況は理事会や全体会議などで共有されており、その議事録は「ほのぼの」で全職員に共有されています。</p>		

II-4 地域との交流と連携・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。		
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・①・c
<p><コメント></p> <p>地域密着型特別養護老人ホームである受審施設は、I-1-(1)-①のとおり「地域に開かれた施設づくり」を経営理念に掲げ、施設の夏祭りに地域住民を招いたり、小学校のコンサートに利用者が参加するなど、法人を挙げて活発な地域交流を行ってきました。しかし、新型コロナウイルス感染症の流行のため、これらの行事は中止になったまま今日に至っています。2023(令和5)年度の事業計画には地域交流計画を挙げていますが未だ実現していません。利用者の特性から外部との接触に慎重を期することはやむを得ませんが、結果として約4年もの間、地域社会との交流が途絶えていることは残念でなりません。なお、施設長によれば2024(令和6)年度以降は徐々に交流を再開する予定とのことでした。</p>		
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。		a・①・c
<p><コメント></p> <p>新型コロナウイルス感染症の流行前は、受審施設をはじめ法人全体で積極的にボランティアを受け入れてきました。しかし、現在は原則的に中止しており、唯一、三石中学校の体験学習のみを受け入れています。2023(令和5)年度の事業計画では新規ボランティアの開拓などを挙げていますが、実施するまでには至っていません。なお、施設長の話では2024(令和6)年度以降は徐々に受け入れを再開する予定とのことでした。</p>		

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

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。

①・b・c

<コメント>

「地域連携による地域福祉の貢献」を基本方針のひとつに掲げ、運営目標を「継続した生活を支えるために基礎、基盤を固める」とする受審施設は、地域密着型特別養護老人ホームの機能を発揮させるため、備前市が作成する『医療・介護資源マップ』を職員に供覧しています。また、備前市の地域ケア会議に職員を派遣し、関係機関との連携、協働を図っています。これとは別に、法人内の施設全体で地元の三石地区民生委員児童委員協議会(民児協)と定期的に情報交換会を行ってききましたが、現在は新型コロナウイルス感染症の流行のため休止しています。なお、三石地区民児協との情報交換会も2024(令和6)年度以降、再開に向けた協議を行なう予定とのことです。

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

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。

①・b・c

<コメント>

受審施設のある備前市三石地区は、高齢者のみ世帯や独り暮らし高齢者世帯が多く、交通の利便性もよくないことから、衣食住をはじめ多様な生活課題を抱えて暮らす高齢者が少なからず存在します。これらの地域(生活)課題は、生活相談員や介護支援専門員が日常の業務を通じて直接、また、関係機関・団体を通じて把握しています。なお、職員へのヒアリングで地域(生活)課題を質問したところ、複数人が上記の課題を挙げたことから、職員間の共通認識も図られていると考えられます。

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。

①・b・c

<コメント>

受審施設を運営する社会福祉法人しあわせの郷は、備前市内の社会福祉法人が協働で地域公益活動を行う「ささえ♡(あい)福祉ネットワークびぜん」に参加し、現在は生活困窮者食糧支援(フードバンク)事業に取り組んでいます。これとは別に、備前市などと地域見守りネットワーク協定を結び、「三石いきいき付添サポート隊」を結成して高齢者の移動支援、見守り活動を行っています。さらにその他、備前市との協定によって、津波・洪水・地震発生時の福祉避難所の役割も担います。なお、関係機関・団体と協働して行う活動も、もちろん大切ですが、一歩進んで、受審施設(法人)がもつ資源や機能を存分に活用した独自の地域公益活動に取り組まれることを大いに期待します。

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
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した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。		①・b・c
<p><コメント></p> <p>受審施設は、基本方針の一つに「利用者の人権と個性を尊重した介護」を掲げ、法人・施設の事業計画に明記しています。また、法人として統一した「服務規程」を定め、あいさつから勤務態度、服装・身だしなみや礼儀、言葉づかい、公私の区別などに至るまで細かく規定しています。一方、職員に対しては定期的に研修を行うほか、チェック表の記入、提出を求めています。さらに、フロアを統括するリーダーやサブ・リーダーに対しては全体会議（月1回）で報告を求めるほか、施設長や生活相談員がフロアを巡視して現場の様子を確認しています。</p>		
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。		a・b・③
<p><コメント></p> <p>法人として、個人情報保護に関する各種規程を整備し、その主なものを本館の玄関付近に掲示しています。また、職員には入退職時に守秘義務をはじめとする約束事を示して署名・捺印を求めるほか、個人情報保護に関する研修を実施しています。さらに、Ⅲ-2-(3)-①・②で記す介護システム上の情報管理も行われています。一方、後にA-3-(1)-②でも指摘させていただきますが、ユニット「藤」内のトイレドアが壊れ、カーテン仕切りだけの状態です。プライバシー保護と利用者の尊厳を保持する観点から早急な改善が求められます。</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。		
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。		a・①・c
<p><コメント></p> <p>受審施設をはじめ、法人内の各施設・事業所に関する情報は、I-3-(2)-②・II-3-(1)-①のとおり、インターネットを通じて自由に閲覧することができます。また、パンフレットも用意しており、備前市地域包括支援センター・北サブセンターや提携する平病院（和気町）などに常設しています。その上で、施設見学などの希望者に対しては生活相談員が個別に対応します。なお、地域にこだわり、何よりも地域密着型特別養護老人ホームの形態をとる受審施設にあっては、地元の公共施設や商業施設などへのパンフレットの配置や、高齢者が集まる場所での説明、広報誌の発行など、今以上の情報提供が望まれます。さらに、訪問調査日の時点でホームページの「お知らせ」欄が1年以上も更新されていません。II-4-(1)-①や後に記すA-4-(1)-①のとおり、地域や家族との交流を制限している今こそ、より小まめな情報提供が必要ではないでしょうか。</p>		

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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>サービスの開始、変更時には、所定の重要事項説明書や施設サービス計画書・栄養ケア計画書など用いています。また、説明にあたり生活相談員・介護支援専門員が利用者やその家族に分りやすく、噛み砕いて説明するなどの工夫を行っています。さらに、難聴(耳が遠い)のため口頭説明を聞きづらい人や遠視(老眼)のため文字が読みづらい人には、筆談や身振り手振りを交えて説明するなどの工夫も行います。なお、当然のことながら計画変更時には、個別に説明し、同意を得ています。</p>	
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>受審施設から提携医療機関の平病院などへの入院が多く、他の高齢者福祉施設・事業所や家庭に移る事例はあまりありません。その一方で、受審施設にはⅡ-4-(3)-①などの理由による、要介護度1・2の特例入所者がおられます。この場合、他の事業所へ移行する可能性もあり得ますが、実際にその必要が生じた場合は、生活相談員が、本人をはじめ家族や関係機関・事業所と調整を行います。</p>	
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。	
Ⅲ-1-(3)-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
<p><コメント></p> <p>以前は、利用者やその家族などに対してサービス満足度を把握するためのアンケート調査を実施していましたが、新型コロナウイルス感染症の流行以降は中止しています。また、自己評価や第三者評価も行っていない。現在は、利用者やその家族からの希望、要望などが生じた場合に該当する委員会で検討、対応するに留まります。感染症の流行という事情があったにせよ、約4年間にわたり、サービス満足度の客観的評価が行われていない現状には、サービスの質的向上や利用者本位のサービス提供に対する自浄能力をうながす観点から、c評価を付さざるを得ません。家族など外部者の入館が難しいとはいえ、少なくとも利用者への満足度調査は実施可能だと考えます。筆記アンケート調査にこだわらず、再開に向けた検討をはじめただければと考えます。</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。	
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・b・c
<p><コメント></p> <p>法人として「相談・苦情等に関するマニュアル」を作成し、苦情発生時の対応方法を示しています。また、本館玄関近くに苦情対応に関する文書とポスターを掲示して利用者やその家族に周知しています。しかし、そもそも苦情解決に関する規程類が作成されておらず、現状では根拠もなく苦情対応を行っている状態です。また、ポスターの施設長名が前任者のまま修正されていません。早急に策定、改善をお願いいたします。今ひとつ、第三者委員は男性1人が就かれています。厚生労働省の指針によると「中立・公平性の確保のため、複数であることが望ましい」とありますから、可能な限りもう1人以上(できれば女性を1人以上)追加選任されることを希望します。</p>	

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・b・㉔
<p><コメント></p> <p>利用者やその家族からの意見や要望を把握するため、本館の玄関付近に1ヵ所、意見箱を設置しています。法人施設全体の出入口だからこの場所に設置していると説明いただきましたが、家族などはともかく、受審施設の利用者にとってこの玄関は別の建物であり、日常の動線上にもありません。ユニット付近に意見箱を設置されることをご検討いただければと考えます。なお、Ⅲ-1-(3)-①・Ⅲ-1-(4)-①などを総合すると、利用者が複数の選択肢から自由に意見を表しやすい環境にあるとはいえずらい状況です。そこで、例えば、利用者との個別面談や苦情解決第三者委員による定期的な聞き取りの実施、ひいては一層のこと利用者会の結成、家族会の活性化なども考えられます。サービス満足度調査の再開とともに検討を進めていただければと考えます。</p>	
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。	a・㉕・c
<p><コメント></p> <p>利用者やその家族からの相談は、「相談・苦情対応マニュアル」に基づいて対応します。また、実際に意見や要望が挙げた場合は、法人が設置する事故防止委員会(月1回)で内容を把握、確認し、対策を協議するなど組織的かつ積極的に取り組まれています。しかし、Ⅲ-1-(3)-①・Ⅲ-1-(4)-①・②のような現状にあっては、組織的に対応していると言いきれない状況にあると考えます。その一方で、介護支援専門員のヒアリングによると、認知症などで意思を表しづらい利用者に対しては、普段からの関わりの中で本人の様子を確かめ、態度や表情などから意思を確認して、必要な場合は代弁しているとのこと。利用者に寄り添ったきめ細やかな取り組みを評価させていただきます。</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。	
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。	㉖・b・c
<p><コメント></p> <p>法人が設置する事故防止委員会(月1回)が事故の予見と回避にあたります。また、事故報告やヒヤリハット報告が挙げた際は、その都度対応、対策を検討しています。この他、同委員会では「事故発生防止のための指針」や「事故・急変時対応マニュアル」に基づき、職員に研修を行っています。なお、リスクマネジメントの責任者は同委員長です。これとは別に、2023(令和5)年度は受審施設を対象とする内部統制・コンプライアンス委員会の自主点検が行われました。ところで、事故報告とヒヤリハット報告については両者の作成基準があいまいなほか、報告を挙げる判断も個々の職員任せになっている様子ですから、基準の明確化と作成ルールの標準化をお勧めします。</p>	

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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人が設置する感染予防対策委員会を中心に「感染対策指針」や「感染症等予防対策マニュアル」を策定しています。また、感染症対策の責任者には同委員長が就いています。毎月開催する委員会では月々の感染状況を確認、共有した上で対応を検討します。なお、新型コロナウイルス感染症が感染法上の5類に移行した現在も、職員には出勤前後の検温と健康チェック、また、マスク着用と手洗いの慣行を求めています。加えて、来館者に対しても検温、手指消毒を依頼しており、一部面会制限も継続しています。なお、BCPは法人として策定済みであり、これに基づいた職員研修(訓練)も実施しています。</p>	
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やっている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>受審施設をはじめ法人内の全施設・事業所は、海拔126.0メートルの山と谷に挟まれた場所に位置し、敷地付近一帯が土砂災害警戒区域(急傾斜警戒区域)や同(急傾斜特別警戒区域)に指定されています。こうした立地条件の中、法人は災害対策委員会を設置し、とりわけて土砂災害対策を強化しています。具体的にはBCPの策定、定期的な避難訓練、台風時の停電を想定したロールプレイング研修などを実施しています。加えて、本館内では法人内全施設・事業所に対応する食糧備蓄を行うほか、災害時の非常用発電設備の整備も検討しています。なお、受審施設のユニット内を見学すると地震による家具の転倒防止に備えて伸縮棒を設置するなどの応急対策を確認することができました。</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。		
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>標準的なサービスの実施方法は定めておらず、Ⅱ-2-(3)-③に記すとおり、現場のベテラン職員による直接指導によってサービスの標準化を図ろうとしています。チューターやメンターによるOJT効果が期待されるとはいえ、業務を標準化する際には手順書やフローチャートなどのマニュアル類が欠かせません。特に実践知の継承が重要とされる介護現場にあって、それはことさらに重要です。後のA-3-(1)-③・A-3-(2)-③もあることから、c評価にさせていただきました。</p>		
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>受審施設では標準的なサービス実施方法を定めていないため、自ずから見直しも行っていません。また、先輩職員によるチューターやメンターを実施するにしても、Ⅱ-2-(3)-①・②・③のとおり、人材育成システムが十分に整備、機能しておらず、指導方法の標準化やOJT効果の評価も行われていません。前評価項目(Ⅲ-2-(1)-①)に連動してc評価にさせていただきました。</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。

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。

①・b・c

<コメント>

事業計画によると、受審施設は運営目標に「継続した生活を支えるために基礎、基盤を固める」を掲げ、「施設だからできる生活の質の向上」に取り組むと表明しています。利用開始(入所)時は、まず生活相談員が対応し、その後、介護支援専門員が面談を行います。その結果をモニタリング会議に諮り、施設サービス計画・栄養ケア計画などを作成していきます。このモニタリング会議には、ほかに看護師、管理栄養士、理学療法士も出席します。なお、受審施設には特例入所(希望)者もおられ、生活・介護ニーズも多様なことから、一人ひとりに応じた施設サービス計画などを策定するように心掛けています。これらの経過は施設内の介護システム「ほのぼの」に記録し、管理しています。

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。

①・b・c

<コメント>

利用開始(入所)後は、法令に基づき、3カ月に1回のペースでモニタリングを行い、6カ月に1度は施設サービス計画などの評価、見直しを行っています。このモニタリング会議には、Ⅲ-2-(2)-①のメンバーに加え、利用者の担当職員が同席して協議を行いません。一方、ユニット内では毎日1回、担当職員(早出・遅出)と介護支援専門員などが出席する「ミニカンファレンス」を行っており、利用者の状態が変化した場合などは、この場で協議した後、必要に応じてモニタリング会議を招集します。なお、職員面談によると、受審施設はユニット式であるため、職員は利用者の細かい変化に気づきやすく、それがきめの細かい計画作成やサービス提供につながると話します。

Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。

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。

①・b・c

<コメント>

記録は、受審施設をはじめ法人内の各施設・事業所が導入する介護システム「ほのぼの」で一括管理をしています。これとは別に、毎日の「ミニカンファレンス」の記録や現場のケアにたちまち必要なことは用紙やホワイトボードにも書き記され、職員間で共有しています。なお、現在のところ各職員のスマートフォンには「ほのぼの」のアクセス権を与えておらず、各種の情報は介護員室内にある共用パソコン上で閲覧することができます。

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。

①・b・c

<コメント>

利用者の個人情報管理は、個人情報保護に関する諸規程を定め、研修を通じて職員に周知しています。また、記録を一括管理する介護システム「ほのぼの」へのログインにID・パスワードが必要なことは当然です。さらに、このシステムは既読チェック機能を備えており、職員の確認漏れや上司・管理者の閲覧状況の確認に効果的です。なお、「ほのぼの」へのアクセス権を職員のスマートフォンに与えないことで、記録の外部流出の予防にも繋がっています。

第三者評価結果【高齢者福祉サービス版】

その2：内容評価項目

評価対象A サービス内容評価

		第三者評価結果
A-1 生活支援の基本と権利擁護		
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>利用者の1日の過ごし方は「日課計画表」で作成され、日々の状況は「ミニカンファレンス」や日常の観察を通じて把握されるよう努められています。日常の食事、入浴などは個々の利用者の心身の状況に合わせ、例えば食欲がないときは時間をずらす、体調不良の場合は入浴日程を変更する、など柔軟な対応が図られています。但し、個別ニーズに基づいた買い物代行などは現在行われておらず、レクリエーションについてもビデオを流すだけなど個別性に欠ける部分も一部見受けられます。個々の利用者の自立生活支援に向けた工夫が望まれます。</p>		
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>(非該当)</p>		
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>(非該当)</p>		
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>職員は利用者に対してコミュニケーションを図りたいと考えておられるようですが、実際は日常業務に追われ十分なコミュニケーションが図れていないと感じている介護職員もいらっしゃるようです。運営手順などの見直しを通じて、介護職員と利用者間のコミュニケーション機会を確保する工夫をされてみてはいかがでしょうか。</p>		
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。		①a・b・c
<p><コメント></p> <p>「高齢者虐待防止のための指針」や「身体拘束適正化のための指針」、「ハラスメント防止のための指針」が策定され、「ハラスメント研修」も年に1回開催されています。身体拘束や虐待などの不適切なケアについて現場職員を対象にチェック表に記載し、その検証結果が委員会で報告されています。</p>		

A-2 環境の整備

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。

①・b・c

<コメント>

ユニット内の生活共同室は比較的空間も広く、個々人がゆっくりと過ごせる環境となっています。また、共用部には職員や居住者が描かれた作品(絵画・書道)などが飾られ、日常に彩りを添えています。加えて、居室入り口にも表札や写真などが飾られ、居住者の人となりが感じられる環境づくりがなされています。

A-3 生活支援

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・①・c

<コメント>

入浴施設は、南館のユニット内の浴槽と本館の特殊浴槽、一般浴槽が使われています。一人当たりの入浴時間も30分と比較的長い時間が割り当てられています。一方、本館に移動の際には、外部空間に面した開放渡り廊下を通る必要があり、悪天候時や寒暖の激しい時期には、利用者への身体的・精神的なストレス負担が懸念されます。渡り廊下部分に外部空間を仕切るパーテーションを設置するなど何らかの環境改善が望まれます。

A-3-(1)-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。

a・①・c

<コメント>

「排泄チェック表」によって日常の排泄管理が行われています。トイレは各ユニット毎に1~2箇所設置されていますが、ユニット「藤」のトイレドアが破損しており、カーテンの仕切りのみになっています。利用者の尊厳を保持するためにもプライベート空間の確保は重要であると考えられます。破損箇所の改修、もしくは現在物置となっているより広いトイレの利用を検討されてみてはいかがでしょうか。また、排泄ケアに関しては、やや一律的に下剤に頼る点も懸念されます。より利用者個々のコンディションに合わせた排泄コントロールも検討されてみてはいかがでしょうか。

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・①・c

<コメント>

利用者の日常の生活行動にあわせて、移動支援、移乗介助が行われています。但し、昨年の事故報告書で上腕部や手部分の皮下出血が数多く報告されていることから、より質の安定した介護サービスの提供が望まれます。介助技術の向上に向けたマニュアルの整備、パート職員も含めた介護職員に対する研修の実施などを検討されてはいかがでしょうか。

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・b・c
<p><コメント></p> <p>厨房は本館1階にあり、温冷カートによって暖かい食事が提供されています。献立についても栄養バランス、季節性が配慮され、月に2回は選択食も提供されています。食事生活委員会はほぼ毎月開催され、食事計画・改善方法などについても検討されています。行事食はコロナの影響もあり、現在行われておりませんが、終息後には復活されてみてはいかがでしょうか。</p>	
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・b・c
<p><コメント></p> <p>食事ケアプランに基づき、利用者の状況に合わせ、通常食、刻み食(大・中・小)、ミキサー食など6種類のバリエーションが提供されています。カロリーや減塩なども配慮した食事内容となっています。選択食の場合、発話の困難な利用者に対しても、ノンバーバルコミュニケーションを図ることで選択機会を確保するなどの努力が行われています。</p>	
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・b・c
<p><コメント></p> <p>口腔ケア・チェック表を作成し、毎食後の口腔ケアに努められています。但し、業務が煩雑な場合に、介助が必要な利用者に対する口腔ケアがややおざなりとなる場合もあるようです。口腔ケア研修の実施を検討されると同時に、職員の配置を工夫し、確実に口腔ケアが実施可能となる体制を考えられてはいかがでしょうか。</p>	
A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>「褥瘡予防に関する指針」が整備されるとともに、褥瘡対策委員会が設置されており、定期的に褥瘡予防、および発生時に向けた対応などの検討が行われています。職員に対する定期的な教育・研修(年1回)が実施され、基礎知識と技術の提供に努めています。体位変換、離床時間の確保などにも配慮されていますが、利用者の褥瘡チェックが1日2回と回数がやや不足している可能性もあります。日本褥瘡学会が発表している「褥瘡予防・管理ガイドライン」などを参考により個別柔軟性のある褥瘡予防を進められることをお勧めいたします。</p>	
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・b・c
<p><コメント></p> <p>現在、喀痰吸引・経管栄養が必要とされる利用者はありませんが、経管栄養については看護師が早番、遅番で対応することにより体制は整っています。喀痰吸引については、現在は受け入れを行っていません。</p>	

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。	①・b・c
---	-------

<コメント>

常勤の機能訓練指導員により、機能訓練の個別計画の作成や理学作業療法が実践されています。毎週3回午後30分程度介護予防運動が行われ、続いて個々の利用者への機能訓練が行われています。モニタリング会議で定期的にご利用者の状態の確認が行われています。

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
--------------------------------	-------

<コメント>

「認知症研修」により、基本知識の習得が図られています。また、認知症のバイタルサイン、精神状態のチェックなども心がけられ、記入されたモニタリングシートに基づき対応方針の見直しが定期的に行われています。

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・①・c
---	-------

<コメント>

日中は看護師が常駐し、体調変化時には看護師が確認後、提携する平病院と連携が図られています。夜間については、職員が看護師に電話連絡して指示を仰ぐ体制となっています。その際の緊急連絡網の整備はされていますが、緊急時における対応マニュアルは未整備です。状況把握、応急措置、病院などへの連絡手順などを記した利用者の体調変化対応マニュアルを整備されてはいかがでしょうか。

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。	a・b・c
---	-------

<コメント>

(非該当) 現在、看取り対応は行なわれておりません。

A-4 家族等との連携

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・①・c
------------------------------------	-------

<コメント>

利用者が体調不良など何かあったときは「すぐに連絡をいただける」というアンケート結果もあり、緊急時の連絡体制は出来ています。一方、コロナ禍が続いたこともあり、部屋への立ち入りは現在も禁止で本人との面談も事前予約制となっており、日常の利用者の様子や受審施設の運営状況がわかりづらくなっているきらいもあります。家族とのコミュニケーションをより密接にするためにも、8年前までは行っていた家族会の復活、日常の状況をお知らせする施設便りの送付、ホームページを活用した近況写真のアップなどを検討されてみてはいかがでしょうか。

A-5 サービス提供体制

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
---	-------

<コメント>

(非該当)