

(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 高寿園	種別：特別養護老人ホーム	
代表者氏名：施設長 仁木 則子	定員（利用人数）：80名	
所在地：岡山県津山市高倉1581-1		
TEL：0868-29-0115	ホームページ： <a href="https://www.kojuen.jp/">https://www.kojuen.jp/</a>	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：昭和56年4月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 津山福祉会		
職員数	常勤職員：54名	非常勤職員：27名
専門職員	社会福祉士：3名	介護支援専門員：2名
	介護福祉士：34名	作業療法士：2名
	看護師：7名	歯科衛生士：2名
	栄養士：2名	音楽療法士：1名
施設・設備 の概要	(居室数)	(設備等)
	特養 80室、短期入所 19室	洗面所、トイレ、エアコン、ベッド、ナースコール、眠リスキャン、機械浴槽(寝浴1・チェアインバス1・個浴9)、個浴1 全館wi-fi、移乗用リフト22、天井走行リフト4他

### ③理念・基本方針

「時代と地域のニーズに即応する」との理念に基づき、誰もが住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・保健医療・介護・介護予防・生活支援が一体的に提供され、地域共生社会構築の実現・地域包括支援体制構築の一助として、これまでの経験と培った機能を存分に発揮し、地域に広げていきます。

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

介護リフトを活用し、入居者にも職員にも安心して安全な移乗を行っています。介護リフトの活用は、単に移乗だけではなく、姿勢保持訓練等を通して心身機能の維持改善も行っています。

また、生体モニタリング機能付き見守りセンサーを活用して、睡眠状況や体調の管理を行い、生活改善や体調変化の早期発見、医療等と連携をスムーズに行うよう努めています。

ICT機器の活用では、見守りセンサーと連動した記録システム、音声入力等を活用して円滑な情報共有、業務の効率化を目指しています。

加えて、地域との連携を深めるため、防災協定の締結、無償送迎付きサロン・マルシェ、子育て支援団体と協働して集いの場の提供等を行っています。両立支援では、子育てに限らず介護や病気との両立、地域の子育て支援、子育てママやアクティブシニアの活躍の場の提供等を積極的に行っています。

#### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	2024年7月1日（契約日）～ 2024年12月24日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1回（2016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

中長期計画と単年度計画が連動しており、特に毎年更新される事業計画においては、各種サービスや委員会の目標とともに事業報告で振り返りが行われています。経営面では、毎月外部の監査法人による監査支援を受けて、経営分析と改善が行われるとともに、職員に経営状況が周知されています。

また、理念について、受審施設は施設を「介護を行う場」ではなく、「暮らしの場」として、入居から終末期に至るまで、利用者に生活の主体者として、“その人らしさ”や“役割”を発揮しながら自由に暮らしていただくこと、その暮らしを支える専門性を高めることをケアの方針にされています。

そして、介護分野は人員が少ない状況を前提にしたうえで、サービスの質を落とさないように一人あたりの専門性を高めつつ、職員全体の底上げをし、介護の標準化をされていこうとしています。その結果、質が担保され、利用者のケアについて考える時間が増えています。

##### 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

施設長はリーダーシップを発揮し、法令遵守や経営改善に努めるとともに、外部研修にも積極的に参加しています。また、職員の育児休暇取得や働きやすい環境作りを奨励し、介護職員の人材不足の中でも職員の育成や職場環境の改善を図っています。各種委員会や幹部会は事業計画の中で明確な目標を設定して活動しており、施設全体が一丸となったチーム運営が行われています。

加えて、地域とのつながりを意識した取り組みが多くあり、地域交流ス

ペースも活用されています。高齢者だけでなく、おもちゃ図書館に取り組むなど、子どものための取り組みも行われています。施設長も自ら行政や地域の組織、民間団体などとの連携会議へ積極的に参加して情報収集に取り組まれています。

### 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

研修は手上げ方式で職員が興味のある研修に参加できる仕組みがあります。また、必要な研修を受けた職員は受審施設内に掲示して評価されています。他にノーリフトケアを目標に介護が行われていて、どの職員でも同じ水準の支援が提供できる体制づくりに取り組まれています。このように職員の自主的な行動を促したり、支援の標準化を図ったりするなど、受審施設全体の支援の質向上に向けて取り組まれています。

### 評価対象A サービス内容評価

施設・設備について、受審施設の玄関からすぐのホールや地域センターは、地域のお年寄りから高齢者まで、幅広い年齢層の方々の集いの場となるよう照明と採光、建築材の色の切り替えでの色の錯覚を駆使しつつ自然な光があふれる解放感とアクセスの良さが演出されています。また、施設特有の閉塞感を軽減するためにガラス張りになっており、認知症のある利用者のストレスを軽減しつつ利用者や来客の方が気軽に声をかけてもらえるような工夫がされています。建物の構造上2階があると認知症のある利用者にとって閉塞感のある空間になってしまいます。そこで、部屋を出ると外が見えるような構造にすることで、その先に何があるかという人間心理を想定し閉塞感を減らす工夫がされています。また、2階に中庭を疑似空間として設置することで、認知症のある利用者が受審施設の外の季節の移り変わりや、風の音、雨を感じることで認知症のある利用者に落ち着いてもらうことができます。

そして、受審施設の特徴として、手すりを必要最低限の場所に設置しています。加えて、廊下の幅は設置基準の1.5倍に設定されており、手すりがないことで廊下の幅を広く取ることができ、生活のスペースの確保とともに職員の介護のしやすさに繋がっています。ヘアサロンは1階に配置されています。美容室に行くという行為は女性にとって特別なことで楽しくなって嬉しくなる場として位置づけられています。自動販売機(トロミ剤付き)でお茶、コーヒー、オレンジ、レモネード等が選べます。人の手でトロミ剤を使用すると上手く混ぜることができずダマができてしまいますが、この自動販売機を使用することで最初から均一にトロミがつけられるものを使用することで職員の時間短縮とトロミ剤の使用料を減らすことができるようになります。現在は、1日100円で何回でも利用できるようになっています。

加えて、介護に対する時間効率の最大化を図りつつ、利用者に施設にいるという意識を減らすことに尽力されています。例えば、生体モニタリング機能を持つ見守りセンサーを使用して、睡眠状況や心拍・呼吸の状態を把握したり、モバイル・音声入力対応の介護記録システムを導入しています。また、施設内のWi-Fi環境の整備とともに、全職員がインカムを装着しています。また、スマホが配給され、介護業務の効率化を図るとともに多様な職員の働きやすさと入居者の個々の生活のリズムに合わせたケアが行われています。そして、ケース記録の電子化として”shere”を導入して書類の管理の一元化を図りつつ、キントーンを使用することで利用者の状態の把握、スケジュール管理ができるようになっています。

### ◇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

事業計画の周知について、利用者家族への周知はされていますが、利用者本人には周知が図られていないようです。施設の特性上、利用者への事業計画の理解促進は難しい側面がありますが、利用者が理解しやすい言葉

に変えて説明するなど、工夫してみてもいいでしょうか。

#### **評価対象Ⅱ 組織の運営管理**

職員一人ひとりに自己評価や面談が実施されていますが、人事評価の基準が明確ではありません。現在施設として評価制度基準を検討中とのことでしたので、今後の改善に期待します。

#### **評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施**

個別支援に力を入れることで個人の要望やニーズに応える取り組みをされていますが、利用者や家族の満足度を把握する仕組みが整えられていません。今後はアンケート等で満足度を調査し、分析・検討することで組織的にサービスの改善に向けた取り組みを行われることを期待します。

#### **評価対象A サービス内容評価**

・受審施設では必要なマニュアルは完備されており、最新の情報が随時更新されています。しかし、更新された日付が明記されておりませんでしたので更新された時点で記載されることを期待します。

#### **⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント**

今回の第三者評価は、施設を振り返る機会になりました。意図して実施している支援の中でも、特に高寿園が大切にしている点について評価していただき、大変光栄です。課題についても、現状の不足を理解したうえで具体的な助言をいただき、非常に参考になりました。今後、評価いただいた点を自信に変え、職員一丸となって引き続き取り組みを継続してまいります。

#### **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。		①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理念、基本方針が明文化され、利用者や家族、地域に周知されています。事業計画の中に理念や基本方針が示されており、毎年年度初めに事業計画と事業報告書を職員に回覧するとともに、毎月職員会議で受審施設の理念を確認しています。また、「40周年記念誌*」にも理念や行動指針が記載がされており、関係者や地域に配布して周知が図られています。インターネットの公表では、ホームページの「法人概要」にも理念と行動指針が記載されており、同様にフェイスブックやインスタグラムも活用して理念や基本方針の周知徹底を図っています。</p> <p>*「40周年記念誌」とは、法人創立40周年を記念して発行された記念誌です。</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。		
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。		①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉業界の動向を見据えた運営が行われており、受審施設の経営状況も分析されています。法律や福祉計画改定を盛り込みつつ、受審施設のコスト分析や地域の高齢者サービス利用者の推移、人口増減を踏まえた経営計画や事業計画が立てられています。「幹部会議*1」では、月ごとの資金収支の説明会やコストの分析結果を踏まえたうえで、幹部や専門職で構成されたチームで「サービス調整会議*2」が毎月開催されています。さらに、施設長は全体の職員会議で経営計画を職員に周知しています。</p> <p>*1「幹部会議」とは、施設長、事務局長、看護師長、介護士長、介護支援課長などが出席する会議です。</p> <p>*2「サービス調整会議」とは、幹部会議の出席者と専門職が出席する会議です。</p>		

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。	③・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>評価項目 I-2-(1)-①に基づき、経営状況を分析し、経営課題を明確にしています。経営課題は、中長期計画や単年度計画に各ユニットや各委員会の目標として盛り込まれており、具体的に業務の効率化や職場環境の改善が図られています。施設長へのヒアリングでは、「理事会で現状の経営課題を伝え、理事長や理事と協議して折衷案を模索している。職員への理解促進については、スモールステップで伝えるなどして、課題解決の実現に向けて取り組んでいる」とのことです。</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。	③・b・c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>明確な中長期ビジョンが策定されており、前述の評価項目 I-1-(1)-①と同様に、インターネット上で公表されています。長期計画は10か年計画(2015~2025)であり、中期計画は5か年計画(2021~2025)で策定されています。それぞれの計画では、社会動向や受審施設の課題をもとに中長期で達成すべき目標が立てられています。中期計画では、長期計画をもとにして、受審施設内のサービス種別ごとに具体的に達成すべき目標も設定されています。</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。	③・b・c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>中長期計画を踏まえた単年度計画が策定されており、具体的な成果目標が設定されています。「2024年度事業計画」には中長期計画が記載されており、受審施設の理念や職員の行動指針をもとにした具体的な単年度の目標設定がなされています。前述の評価項目 I-2-(1)-②のとおり、各サービス種別や各ユニット各委員会の目標が立てられています。具体的な取り組みとして、単年度計画に家族の関わりの機会をつくる目標を掲げています。コロナ禍で減少した地域交流や面会の課題に対して、地域福祉の拠点機能を取り戻すべく、2024(令和6)10月から平日に予約なしで対面面会を実施しています。</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。

①・b・c

<コメント>

事業計画が職員等の参画や意見を反映したうえで作成されており、組織的に事業計画の評価見直しが行われています。毎年度の事業計画は、各ユニットや専門職ごとに来年度の事業計画原案が提出され、事業計画の草案が作成されます。また、「組織強化ミーティング\*」の中で事業計画が検討され、「幹部会議」にて承認を得たうえで最終的な計画が作成されます。作成された事業計画は、職員に文書で通知されるとともに職員会議で共有されており、「事業報告書」の中で各事業計画内で立てた目標が達成できたかどうか見直しをされています。その結果は翌年度の事業計画立案に活かされています。

\*「組織強化ミーティング」とは、社会保険労務士、施設長、事務局長、課長が出席するミーティングであり、今後の法人の方針について、社会の流れを鑑みながら検討する会議です。

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・②・c

<コメント>

事業計画が利用者家族に周知され、理解が促されています。事業計画の内容は、利用者家族には受審施設の玄関前の「タッチ式モニター」を使って掲示したり、前述の評価項目I-1-(1)-①と同様にホームページの「情報開示」ページに掲載されています。「運営推進会議\*」では、施設長だけでなく幹部職員や専門職も出席して、地域に向けて、事業計画が理解しやすい言葉で説明されています。利用者家族には、年度初めの6月頃に事業計画を掲載した「高寿園だより」を配布して、周知を図っています。一方で、利用者本人には周知が図られていませんでした。受審施設の特性上、利用者への理解促進は難しい側面がありますが、一部の理解ができる方にお伝えしたり、認知症のある利用者が理解しやすい言葉に変えて説明するなど、工夫してみたいかがでしょうか。

\*「運営推進会議」は、地域の福祉活動に関わる機関団体の代表者をメンバーとした会議です (<https://www.kojuen.jp/relation/>)。

## 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。		①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>幹部会議、組織強化ミーティング、サービス調整会議、ユニットリーダー会議、運営推進会議など、各種会議が毎月開催され、組織的に介護サービスの質向上が図られています。特に新人職員への「OJT*」では、ベッドから車いすへの移乗技術など、介護技術をひとつずつ学び、育成担当者に技術チェックを受けたうえで現場を任せる、ステップアップ方式を採用して福祉サービスの質向上に努めています。</p> <p>*「OJT(オン・ザ・ジョブ・トレーニング)」は、新人職員に対して、上司や先輩職員が指導役となり、職場の実務の中で技術習得をさせることを指します。</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・②・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>前述の評価項目 I-4-(1)-①のとおり、新人職員への評価制度は整備されています。また、中堅職員に対しては、「中堅職員研修」が年2回開催されています。一方で、職員全体の福祉サービスの質についての明確な評価基準までにはいたっていません。高寿園で実施されている、新人職員への評価シートを用いたOJT制度などを参考に、「ピアレビュー*」などを検討してみたいかがでしょうか。</p> <p>*「ピアレビュー」は、専門的な技術を共有する同僚などが相互に評価や審査を行うことを指します。</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。		①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事務分掌表には施設長の職務や権限が記載されており、会議や研修の機会を通じて、自らの職務や法人、受審施設のビジョンを職員に対して表明しています。事務分掌表は施設の「kintone(キントーン)*」で共有されており、職員はいつでも専用のパソコンで閲覧可能であり、更新の都度職員に周知されています。また、管理者不在時の権限委譲についても事務分掌表に記載されています。今回の第三者評価を機に実施した自己評価、職員へのヒアリングにおいても、施設長の職務遂行に関して肯定的な意見が多くみられました。</p> <p>*「kintone(キントーン)」は、プログラミングの知識がなくても、ノーコードで業務のシステム化や効率化を実現するアプリが作れるクラウドサービスです(<a href="https://kintone.cybozu.co.jp/">https://kintone.cybozu.co.jp/</a>)。</p>		

<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。</p>	<p>①・b・c</p>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長や幹部職員が中心となり、毎年4月の権利擁護研修など、法令遵守に関する施設内研修を企画・実施しています。施設長自身も施設外研修や市の高齢者保健福祉・介護保険事業運営協議会に出席して、積極的に関係法令の把握に努めています。また、「ジョブメドレーアカデミー*」を利用して、職員が福祉に関するオンライン研修を毎月受講できる体制が整えられています。</p> <p>*「ジョブメドレーアカデミー」は、介護従業者向けのオンライン動画研修サービスです。</p>	

Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

<p>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。</p>	<p>①・b・c</p>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>受審施設の掲示板に、自己研鑽や施設のPR活動を行った職員を掲示して、具体的な研修や参加回数を示しています。また、実習生指導回数ランキングなども掲示し、職員同士が高い意識を持てるよう工夫されています。前述の評価項目Ⅱ-1-(1)-②の施設内研修のほかに、外部研修も充実しており、希望者は申し込みをすれば希望の外部研修に参加することが可能です。その際にも、同じ職員が同じ研修に複数回参加しないよう調整したり、職員との面談で「何年目にどのような資格を取りたいか」「どのような研修を受けたいか」などを聞き取り、サービスの質向上を図っています。また、新人職員や実習生、外国人職員の受け入れ前には担当職員を決めています。現場職員へのヒアリングでは、「介護ICTやノーリフティングケア*など、新しい取り組みを導入する際には、施設長自らがまずは体験してから導入している」とのことです。</p> <p>*利用者の尊厳を尊重し、自立を支援するために、リフトを使った「ノーリフティングケア」を実施しています。これは、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>	

<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>①・b・c</p>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は、監査法人による月次監査を通じて経営状況を把握するとともに、運営に関するアドバイスを受けています。幹部会議でも月次監査の内容が報告され、業務の実効性を高めるための協議が行われています。具体的には、慢性的な介護職員の人材不足を補うため、介護業界におけるデジタルトランスフォーメーション(DX)を推進して、介護ICT*を導入しています。音声入力で介護記録を書くことで時間を大幅に削減したり、介護サポートマシンを導入して職員の移乗介助や入浴介助の身体的負担を減らすなどの取り組みを行っています。また、経営状況は評価項目Ⅰ-4-(1)-①に記述した各種委員会でも共有されています。</p> <p>*生体モニタリング機能を持つ見守りセンサーを使用して、睡眠の様子が分かる機器「見守りセンサ」を導入しています。また、モバイル・音声入力対応の介護記録システム「ハナスト」を導入しています(株式会社ケアコネクトジャパンより<a href="https://hanasuto.carekarte.jp/">https://hanasuto.carekarte.jp/</a>)。さらに、施設内のWi-Fi環境の整備とともに、全職員がインカムを装着しています(骨伝導ヘッドセット、Bluetoothで接続)。</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。		
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。		①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画には、必要な人材に関する基本的な考え方や育成についての記載があります。また、有資格者の配置や必要な各種サービスの人員に関する詳細な記載も確認できました。施設長や事務局長へのヒアリングでは、「福祉業界はどこも人材不足で難しいところもある」とのことでしたが、計画に基づき人材確保と育成の取り組みがなされています。また、インターネットでの人材募集も積極的に行っており、Facebookやその他のSNSでの呼びかけ、ホームページ上に職員のキャリアパスを分かりやすい図で掲載するなどして、福祉人材の確保に尽力されています。</p>		
II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。		a・②・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画には、理念や行動指針と共に各サービス種別に期待する職員像が明確にされています。職員のスキルアップについては、キャリアパスを示し、今後の育成計画について説明されています。職員へのヒアリングでは、多くの職員が自身が職場で正当な評価を受けていると感じているとの意見が多い印象でした。一方で、人事評価基準については明確なものは確認できませんでした。施設長より、「現在は年に一回の自己評価と上司評価、各自の目標設定や評価点、改善点等を共有する仕組みを作っており、まだ検討段階にある」とのことでした。今後の取組により、人事評価基準が設定されることを期待しています。</p>		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
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>&lt;コメント&gt;</p> <p>働きやすさ改善のための両立支援委員会を定期的を開催し、職場環境の改善に努めています。特に職員の育児休暇を積極的に奨励しており、今年度も多くの職員が育児休暇を取得しています。さらに、子育て世代の職員に対しては子連れ出勤を可能にし、施設内に子どもが一時的に遊べる場を設けています。また、個々の職員に応じて勤務時間を調整したり、地域住民の方が数時間だけ働ける仕組みを作っています。コロナ禍以降は、出勤できない事情がある職員に対して在宅ワークができる環境を整えるなど、積極的に働きやすい職場づくりに努めています。施設長のヒアリングでは、「今後、アクティブシニアが活躍出来る場を作っていく」とのことです。今年度は、育休支援や、柔軟な勤務体制を評価する「おかやま子育てしやすい職場アワード」を受賞しています。</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。

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・㉞・c

<コメント>

期待する職員像は明確にされており、採用時に事業計画・事業報告と共に周知されています。また、自己評価表をもとに年に一回以上、各職員に対して面接を実施しています。必要に応じて中間面接も行っています。一方で、職員一人ひとりの面談回数や自己評価における目標項目の設定、目標水準にはばらつきが見受けられました。そのため、育成に向けた取り組みがされていると感じる職員と、そうでない職員との差が生じているようです。前述の評価項目Ⅱ-2-(1)-②にも記載のとおり、人事評価や育成については、新人職員のように一定の基準を設けることが望まれます。

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。 ㉠・b・c

<コメント>

毎年、職員の研修については事業計画で基本方針が示され、年間計画をもとに実施されています。職員の教育に関しては、各種マニュアルのほか、ガイドラインや指針などが作成されており、職員に共有されています。更新された際は、職員に配布されるほか、データとしてパソコン上で共有されています。

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。 ㉠・b・c

<コメント>

職員にキャリアパスを示し、経験年数に応じたスキルアップのための研修を個別に案内しています。職員の採用時には必ず「採用時研修」を行い、研修カリキュラムは研修実施後に見直しと改善が図られています。外部研修については職員の手挙げ制となっていますが、一部の職員に偏りが無いよう、必要に応じて声掛けを行っています。

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。 ㉠・b・c

<コメント>

事業計画の中で、実習生や外国人スタッフの育成に関する目標や指針が明文化されています。実習生については、学校側と研修内容について連携し、プログラムを整備しています。また、職員が介護福祉士や技能実習生の指導者研修を受講したり、社会福祉士の指導者研修講師を務めるなどしています。そのほか、「実習生育成ランキング」を作成し、実習生の指導回数を職員ごとにランキング形式で名前を施設内に掲示するなどして、実習生の受け入れと育成を積極的に行っています。

## 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページ上で事業計画、事業報告、予算、決算情報が公開されています。また、「高寿園マガジン」では、受審施設の行事の様子を写真と共に紹介し、毎月頻りに更新しています。さらに、広報誌も発行するとともに、フェイスブックやインスタグラムのアカウントを作成して広報活動を行っています。地域住民向けには運営推進会議を開催し、受審施設の現状や事業の経過報告を行っています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月、外部の専門家による監査支援の結果や指摘に基づいて経営改善が実施されています。経営規程や事務分掌表などの文書は、「キントーン」で職員がいつでも閲覧可能です。ヒヤリハットや事故報告書の記録からは、小さな事柄でも重大な事故に繋がりそうなことは職員間で共有されていました。利用者家族調査の結果からは、「日々の生活状況について詳細な記録を記載された文書が届く」や「写真をアルバムにしてくれてインターネットで見ることができる」といった声がありました。</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。		①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域センターをサロンや子育て支援団体ハローベビーに貸出して地域との繋がりを作っています。また、近隣の保育園との交流にも取り組まれています。コロナ禍以前は交流スペースを活用して地域住民が自由に入出入りして入居者との繋がりを維持していましたが現在は中止しています。</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。		①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティア受け入れマニュアルが整備されています。定期的にボランティアを受け入れており、活動前には注意点を説明した上で活動に取り組めるよう配慮されていて、記録にも残されています。また、学生ボランティアの受け入れも行われています。</p>		

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。	
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>津山市高齢者保健福祉・介護保険事業運営協議会などの連絡会に参加し、地域の情報収集や行政担当者との連携を深めています。また、津山商工会議所医療福祉部会に参加し、他産業の意見を確認することにも取り組まれています。他に民生委員など地域の組織の連絡先も確認しており、広報誌の配布や受審施設での活動に協力を依頼するなどの連携をされています。</p>	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>コロナ感染症で閉じこもりになっている高齢者の活動場所が必要であることや、子供の遊ぶ場所がなくなってしまったことを把握して、活動の場所を提供されています。また、高齢者サロンの参加者が買い物をできるよう、地域の商店へ働きかけて、受審施設でマルシェを開催されています。</p>	
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>受審施設で行われている高齢者のサロンへの参加については施設が無料で送迎を行っています。また、親子で集う場所の提供も行うなど、地域のニーズに沿った取り組みをされています。そのほか、おもちゃや絵本・児童図書の貸し出し、公民館での出前講座なども実施されています。</p>	

### 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人理念や行動指針の中に利用者の人権尊重や、権利擁護に努めることについて明言されています。また、職員会議などを通して、職員に対して定期的に周知する機会も設けられています。他にも権利擁護マニュアルを作成して虐待防止などにも取り組まれています。</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。	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>プライバシー保護に関するガイドラインを作成しています。居室は個室になっており、職員が入室する際には備え付けの呼び鈴を使用すると共に、ロックも行っています。また、スタンディングリフト*で介助を行うことで、転倒の危険性を減らし、トイレ介助の際もドアを閉めて見守るよう配慮されています。</p> <p>*受審施設では、アイソネックス社の「SKYLIFT」を使用して、利用者の移乗支援が行われています。このスタンディングリフトは、立位が困難な利用者を安全に支え、移動をスムーズにサポートします。介護者の腰への負担を軽減し、利用者の自立心を保ちながら立位を維持できる点が特徴です。施設内での効率的なケアを支援し、コンパクトで使いやすいため、日常的なケアの中で活用されています。</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。	
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。	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>前述のように、ホームページで受審施設の理念や基本方針が明示されています。また、入居希望者向けのパンフレットを作成しており、写真を使って分かりやすく伝える工夫もされています。実際に説明する際には、個別に分かりやすい言い方を意識し、情報提供を行っています。</p>	
Ⅲ-1-(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。	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービスの内容については書面も発行して、本人に分かりやすい言い方にしたり、写真を活用するなど配慮して説明されています。また、利用希望の確認などは多職種の職員間で情報共有しており、判断力や理解力の低下がある方についてもチームで合意して支援を行うよう取り組まれています。</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。	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>退所時のマニュアルが整備されており、必要な引継ぎや情報提供など行えるよう体制が整えられています。また、退所後の生活で困ることがないように、支援体制の調整も行われています。</p>	
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。	
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、取り組んでいる。	a・①・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別の要望などについては職員が聞き取り、その都度対応されています。但し、利用者の満足度の確認を目的とした調査は行われていません。今後はアンケートなどを活用して、組織的に調査・分析を行い、サービスの改善に継続的に取り組まれることを期待します。</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。

①・b・c

<コメント>

苦情解決の体制が整えられており、第三者委員との話し合いも定期的に行われています。また、受審施設のホールに備えた電子掲示板で苦情解決の仕組みについての周知が行われています。実際に出た意見については記録を作成し、改善策を検討した後にフィードバックされています。

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。

①・b・c

<コメント>

意見箱を設置して、要望などが申し出しやすい環境作りに取り組まれています。居室は個室になっているので、何かあれば職員に相談しやすい環境になっています。また、受審施設内の壁がガラス張りで見通しがよいので、部屋の中の職員の姿が確認しやすく、話したい職員に声をかけやすい環境が整えられています。

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。

①・b・c

<コメント>

受け付けた苦情は記録を作成して、受審施設内でのどのように解決するのも話し合われています。話し合われた結果も相談者へフィードバックされていて、解決に向けた手順も書面で整備されています。

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。

①・b・c

<コメント>

リスクマネジメント委員会を設置して、安心安全な施設運営に取り組まれています。また、ヒヤリハット報告も収集して原因や改善点について組織的に話し合われています。他に、事故報告書を職員間で情報共有を図って再発を予防しています。

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。

①・b・c

<コメント>

感染症のマニュアルが整備されていて、予防についても適切に取り組まれています。職員会議での周知や研修を通して、職員のスキルアップなどにも取り組まれています。例えば、ノロウイルス感染症の研修は、全職員を対象にして伝達研修が行われています。伝達研修に参加できない職員はレポート提出を求められています。また、実際に感染症が発生したことを想定したフローチャートも作成されており、感染時に迅速に対応できる体制が整えられています。

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。	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>BCPを作成しており、災害時の対応に備えています。また、地域の自主防災・防犯会に参加して、地域との連携も強化されています。具体的には、市内で初めて、施設、地域の消防団、地域の自主防災・防犯会の3者協定を締結して、文書化を実現しています。避難訓練を定期的を実施したり、防災訓練も共同で実施する計画があります。他に、備蓄品を日々の活動で使用し、ローリングストック*にも取り組まれています。</p> <p>*ローリングストックとは、賞味期限を古いものから消費し、消費した分を買い足す手法のことです。</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。		
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。	①・b・c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ICTを活用して全体のスケジュールや個人の日課を管理されています。実施した支援については、その都度職員が持っている端末で記録しているので、情報共有が即時的にできており、タイムリーな支援が行われています。また、介護機器を活用してノーリフティングケアを実践しており、サービスの標準化にも取り組まれています。</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。	①・b・c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>介護などに関する各種マニュアルが整備されています。また、研修などで得た情報があれば随時マニュアルを変更し、職員に周知も行われています。他に、ユニットリーダー会議やサービス調整会議がそれぞれ月に一回開催されており、支援の変更や課題がその都度共有されて、解決について話し合いが実施されています。</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。		
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	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>計画作成の担当者だけでなく、介護職や各種専門職も計画作成の話し合いに参加されています。各専門職からのアセスメントも確認しながら計画作成が行われる体制が整えられています。</p>		

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>評価や見直しに関する手順書が作成されています。また、計画策定と同様に計画作成担当者だけでなく、各種専門職と連携して評価や見直しが行われ、意向確認やサービスの質向上に向けた取り組みができています。</p>	
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ICTを活用して随時記録を残しており、職員間での情報共有も同時に行われています。また、電子的な記録だけでなく、特に重要なことや確実に引き継ぐ必要のある支援については、書面や口頭でも引き継ぎを行っています。外国人職員も配置されていますが、内容を理解できているのか確認するよう配慮されています。引き継ぎ事項を確実に確認できるよう、出勤後確認の時間も設けています。</p>	
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>プライバシーポリシーや個人情報に関する基本規則が整備されており、職員や実習生などから誓約書も取り交わしています。また、個人情報に関する文書等管理規程も作成されています。職員に対しても定期的に研修を行い理解を深める取り組みがされています。</p>	

## 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。	①・b・c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者一人ひとりの生活の楽しみについて、多様なアクティビティや季節の行事を取り入れ、また利用者本人ができることに取り組んでいます。さらに、利用者の心身の状態に合わせて24時間シートを活用しつつ快適な生活のリズムを整える支援が行われています。加えて、利用者やご家族の意向に沿ったケアプラン(日常生活支援プラン、栄養ケア計画、個別機能訓練計画)に基づくケアを実施しており、ユニットミーティングやサービス担当者会議で状態に応じたケアが実施されているか確認し、必要に応じてケアの変更や追加が随時行われています。</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。	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日々の関わりの中で、利用者の思いを聞き、言葉にしづらい思いをくみ取るよう心がけています。自立した生活ができるよう、できることは利用者に行ってもらい、できないことについてはサポートされています。また、利用者が自分の意思で生活できるよう、意向を確認しています。成年後見が必要な利用者には、生活相談員がサポートしています。</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。	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入居時に利用者の心身の状況、健康状態、生育歴、性格、家庭の状況、暮らしの意向などを把握し、ケアプランを作成しています。また、24時間シートや日課票を活用することで、一人ひとりに配慮した個別ケアを実践しています。さらに、在宅復帰が可能な利用者については、地域生活移行に取り組み、移行後も継続的な支援が行われています。</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。	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の権利擁護の取り組みとして、虐待防止マニュアルと権利擁護マニュアルが整備されており、さらに身体拘束ゼロ・不適切ケアゼロの取り組みを実施しています。その結果、訪問調査時の身体拘束はゼロとなっています。職員への指導については、新人研修や職員会議を通じて周知が随時行われています。具体的には、虐待防止の研修を年に3回以上実施するとともに、職員は実施後に必ず研修レポートの提出をしています。さらに、不適切ケアの対応(言動・行動)についても、適切かどうか判断に迷う内容でも検討したうえで指導を行うことができます。</p>	

## A-2 環境の整備【※訪問介護は評価外】

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>受審施設は清潔で適温、明るい雰囲気を保たれており、一人ひとりの利用者にとって快適でくつろげる環境づくりに工夫されています。具体的には、ユニットの玄関に津山市の住宅の特徴である庇と横開きの格子戸を設置し、利用者が自分の家であることを認識しやすいよう工夫されています。また、居室の環境に配慮し、これまでの生活を尊重した形で過ごせるよう、休息に適した環境を整えています。その中でも特筆すべき点は、入居時に馴染みの家具(仏壇)などの持ち込みができるよう配慮されていることです。</p>	

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。

㉑・b・c

<コメント>

ユニットミーティングやサービス担当者会議で、利用者の状態に応じたケアが実施されているかを確認し、必要があればケアの変更が行われています。利用者の身体状況に応じて、多職種で入浴形態(特殊浴槽、中間浴、個別リフト浴、個浴)について検討し、入浴当日に体調不良で入浴できない場合には陰洗や清拭対応を行っています。また、感染症予防の観点から入浴順番表が更新されています。実際の入浴は、身体状況に応じて週2回行われ、利用者の皮膚状態が悪い場合は週3回行われ、柔軟に対応しています。

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。

㉑・b・c

<コメント>

トイレで排泄できるよう支援するため、身体状況に応じて作業療法士が利用者の状態を確認し、スタンディングリフトを使用した排泄が可能かを評価したうえで、多職種で検討し、排泄ケアを決定しています。排泄時の移乗や立位補助にスタンディングリフトを使用することで、移乗時の転倒事故数を減少させることができ、かつ排泄時に他者から見られているというストレスの軽減ができています。さらに排泄ケアの見直し アセスメントの見直しをして手順を統一し、排泄用品を変更することによって 作業時間を減らすことで利用者 と 職員の双方の負担を軽減しています。

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。

㉑・b・c

<コメント>

利用者の心身の状況に応じて福祉用具を選定し、安全な移動手段を確保しています。利用者の状態が変わった時には、多職種が連携して福祉用具やケアについて検討を行っています。自立を促すケアを基本として、ノーリフティングケアを導入し、実践しています。

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

<コメント>

入居時および入居後に、利用者の食の嗜好が確認されており、食事はクックチル方式\*で提供しています。移動販売などを利用して、利用者が好きなものを購入しておやつとして提供したり、代替食として提供することもあります。希望に応じた献立や食のイベントも実施しています。クックチル方式であるため献立の変更はできませんが、移動販売(マルシェ)などを活用して、利用者が好みのものを食べられるよう支援しています。行事の際には、見た目が美しく、食欲をそそるように工夫しています。また、食事の残渣調査は年に1回実施し、個人の嗜好については3か月に1回把握しています。ご家族には年に1回確認を行い、その情報をもとに検討・対応しています。

\*クックチル方式とは、調理後に急速冷却をして、食事を提供するタイミングで再加熱する調理法です。

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。	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者一人ひとりの心身の状況や嚥下機能に応じて、食事の時間や方法に配慮しており、食事形態の見直しやとろみ剤の使用、さらに食事時の姿勢にも配慮し、経口摂取を維持しながら誤嚥や窒息を防ぐ取り組みが行われています。職員間で日々の食事量や水分摂取量を把握し合い、常に改善に努めています。また、低栄養状態のリスクに応じて個々の栄養状態を把握し、栄養ケア計画を作成、実施、モニタリングし、適宜検討・改善が行われています。</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。	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>歯科医師による定期的な検診が実施されています。また、歯科衛生士が週1回、定期的に口腔の状況を評価し、介護士に対して口腔ケアの指導を行い、必要に応じて歯科往診や歯科受診を勧めています。日常的な口腔ケアを行ったうえで、口腔体操も実施されています。</p>	
A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者一人ひとりの食事量、水分量、血液検査データ、体重の変動を常に把握しており、委員会で現在の状態や対応について検討しています。また、作業療法士が定期的に評価を行い、ポジショニングやシーティングについて職員に指導を行っています。栄養状態が不良な場合には、栄養補助食品を使用して対応しています。</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。	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>喀痰吸引および経管栄養マニュアルは作成されていますが、基本的には介護職員ではなく、看護職員が対応しています。また、受審施設では喀痰吸引が必要な利用者の受入れ体制が整えられています。さらに、口腔内の喀痰を喀出するために吸引機に接続できるローリングブラシを使用しています。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>受審施設の作業療法士が本人のADLを把握したうえで、適切な入浴方法、起居動作、移動方法の提案をしていきます。また、利用者と職員の双方にとって優しいケアとして、ノーリフティングケアを取り入れ、リフトを導入しています。日々の生活の中で、やりがいを持てるよう役割や活動を考えられています。毎日、体操やユニットレクリエーションを行い、楽しみながら体づくりをしています。また、利用者の状態に応じて、リハビリ(可動域訓練、筋力トレーニング、離床動作)を実施しています。また、受審施設には音楽療法士が在籍しており音楽療法が定期的に行われています。</p>	

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>

認知高齢者ケアマニュアルの作成がされています。また、ケア向上委員会の中に認知症ケアチームがあり、認知症ケアの充実に取り組んでいます。さらに、認知症への理解を深め、不適切ケアにならないように毎月の職員会議で伝達と認知症委員会主催の研修が定期的に行われています。基本的には安易に薬に頼らないで利用者の訴えを受け止めるようにしつつ、生活のリズムを整えるようにしています。

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。	①・b・c
---	-------

<コメント>

介護士から看護師へのオンコールの際に、正しく状況や状態が伝えられるよう、フローチャート式のマニュアルが作成され、全職員で共有されています。具体的な業務としては、毎日の体温測定と酸素濃度測定、見守りセンサ\*1で心拍や呼吸、離床をモニタリングし、体調の異変を早期に発見できるようにしています。夜間帯についてはドクターメイト\*2を利用し外傷や嘔吐下痢、発熱に対応しています。さらに、緊急時対応の研修を定期的に行い、同時にOJTを通じて学ぶ機会を設けています。

\*1体動(寝返り、呼吸、心拍など)を検出して、利用者の睡眠状態をリアルタイムに把握する事が可能な機器です。

\*2ドクターメイトが提供する介護施設向けの医療相談サービス(夜間オンコール代行)です(<https://doctormate.co.jp/>)。

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。【※通所介護は評価外】	①・b・c
--	-------

<コメント>

ケア向上委員会内に看取りケアチームがあり、看取りケアの充実に取り組んでいます。看取りケアマニュアルに沿ってケアを行い、ご逝去の後に看取りケアの振り返りカンファレンスを行い、看取りケアの質の向上に努めています。施設での看取りケアの方針については、事業計画に明記されており、毎年看取りケアの方針や取り組みに関について検討されています。また、看取りに関する意向を確認しています。終末期のケアについては定期的にマニュアルを見直し、研修を実施しています。

#### 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。	①・b・c
------------------------------------	-------

<コメント>

新型コロナの影響で家族の来園が減ったため、密に連絡を取るために電話だけでなく、LINEのビデオ通話を活用して面会の代わりとするなど、ケアの見えない中で家族の不安が誤解とならないよう努めています。必要に応じて随時電話連絡を行ったり、家族が衣替えや不足物品の連絡の際に、利用者の状態を細かく伝えていきます。

A-5 サービス提供体制【※訪問介護以外は評価外】

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。

①・b・c

<コメント>

サービスの質の向上を共有するため、事業所の枠を超えて各専門職が連携し、現場スタッフの声を基に、利用者や家族のニーズに的確に対応し、満足いただけるサービス調整会議を月1回開催しています。さらに、ユニットケア会議(ユニット単位で専門職や所属職員が業務や入居者の課題改善、情報伝達を目的とした会議)やユニットリーダー会議(月1回開催で、利用者主体のケアを展開するために、個別の課題を検討し、情報と工夫を共有)、委員会・班活動\*(特定の課題等に特化した全職員参加による質の向上、課題への対応、新たな取り組みの検討)が開催されています。

\*委員会・班活動には、身体拘束適正化、事故防止、感染症や食中毒のまん延防止、安全衛生、苦情対応、広報、行事企画、ワークライフバランス、地域交流、事業全般のサービス向上があります。