

福祉サービス第三評価結果の公表様式〔高齢者福祉サービス〕

①第三者評価機関名

株式会社 CoAct

②施設・事業所情報

名称：特別養護老人ホーム 富士まかど	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名：佐野 克彦	定員（利用人数）： 80名
所在地：静岡県富士市間門226-1	
TEL：0545-39-2600	ホームページ： https://www.kansekien.com/makado/
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：2012年5月	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 鑑石園	
職員数	常勤職員： 30名 非常勤職員 26名
専門職員	（医師） 1名 （介護支援専門員） 1名
	（看護師） 1名 （機能訓練指導員） 1名
	（栄養士） 1名
施設・設備 の概要	（居室数） （設備等）

③理念・基本方針

施設・事業所としての理念・ビジョン・使命など経営・運営方針などのうち、特に重要なものを記述 地域の福祉拠点として信頼される施設を目指します。

(1) 理念

「地域に拓かれた、地域に愛される、地域に信頼される」施設を目指します。

(2) 基本方針

社会福祉法人（特別養護老人ホーム）の一員として「誇り」と「自信」をもって「社会的責務」を果たし、地域の福祉拠点として信頼される施設を目指します。

④施設・事業所の特徴的な取組

毎月1回の広報誌の発刊及び吉永北地区全土に配布及び民児協での広報

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	2023年11月1日（契約日） ～ 2024年3月31日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0回（—）初回

⑥総評

◇特に評価の高い点

【共通評価基準】

- ・経営課題と具体的取組について経営者会議や運営職員会議にて現状分析や具体的課題、問題点を明らかにしている。役員間共有及び職員への周知を図っており、経営改善に向けた取組を事業報告の中に具体的な内容が記載されている。経営者会議や運営職員会議においてコスト削減等の呼びかけや実際にどのような事を行うかを職員にも考えってもらうなど工夫が見られた。
- ・法人の中・長期計画に「富士まかど」の計画があり具体的数値目標が設定されている。中・長期計画は2022年度～2027年度の期間で作成されており、中・長期計画では必要に応じて目標の見直しなども行われている。
- ・法人の中・長期計画に即し単年度の事業計画が策定されている。研修計画や行事計画以外にも採用計画も記載され具体的にハローワークの採用リクエストや社会福祉協議会の人材バンク登録や就職相談会、ホームページの更新等。職員採用の為の活動内容等が示されて実現可能な内容となっていた。
- ・必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的取り組みについて、人材育成方針、事業計画を基に、必要な人材確保・育成に取り組んでいる。県・市・社協等が開催する求人説明会等には必ず参加し、関係学校にも毎年求人活動を行っている。その他、ハローワークの採用リクエストや社会福祉協議会の人材バンク登録、就職相談会、ホームページの更新を行なり。育成についてはキャリアパスを運用している。
- ・公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組について、福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルール、職務分掌と権限・責任について規程及び、職務分掌表により明確になっており、職員への開示により周知している。法人本部による内部監査、監査法人による外部監査を実施しており、経営・運営の適正化に努めている。
- ・地域のまちづくり会議や民生委員児童委員協議会に参加、町内会長、学校の先生、まちづくりセンター長との協議では、「猿問題」「交通手段ない方の訪問移動販売の強化」「デマンドタクシー」など、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めている。
- ・利用者を尊重した福祉サービス提供について法人理念と方針が運営会議や各委員会で唱和されている。「サービスの質の向上と標準化を実施させるために」と題した「富士まかど参考マニュアル」に職員用のサービス指針が掲載。職員が利用者を尊重した福祉サービスの提供に共通の理解をもつための倫理綱領の確認、利用者尊重を踏まえた介護に関する身体拘束や虐待防止等に関する内部研修への参加などの取組を行っている。
- ・福祉サービスの内容や料金等が重要事項説明書に明記され、重要事項説明書以外の資料ではパンフレットに写真付きの資料を作成しわかりやすく説明している。利用者本人の意思表示が困難な場合には、自宅での生活で意思を確認できるようアセスメント（ハッピーシート）に記入することが標準化され意思決定に配慮されている。
- ・リスクマネジメントに関する責任者の明確化、リスクマネジメント委員会の設置など体制を整備している。事故対策では事故報告書だけでなく、発生要因の分析や改善策・再発防止策・予防策の検討を行い、1か月後に事故評価表にて実施・評価を行い、状況把握と必要な対応を行っている。

・BCP（事業継続計画）において、災害発生時の体制、初動時の対応や出勤基準などを示した行動基準、利用者及び職員の安否確認の方法が明確化され、全職員に周知されている。職員の安否確認についてはラインワークスを使うなど工夫もされている。市の協定福祉避難所として締結している。消防と連携し、防災訓練は2か月に1回だが机上訓練は毎月実施している。

・就業規則 個人情報保護、行動指針、記録の保管状況、開示請求への対応、保存と廃棄のルールが明確化されている。ケース記録には事務所でカギかけるほか、各ユニット毎はキャビネットに鍵をかけるなど実施。情報開示については、利用者や家族等へは重要事項説明書で個人情報の取り扱いについて説明されている。また、情報開示を求められた際のルール・規程が明記され、職員に対しての教育や個人情報保護に関する研修実施し個人情報保護についての理解と遵守を促している。

【内容評価基準】

・福祉施設・事業所の環境各ユニットを確認し、開放感があり、明るく清潔感を保っていることが確認された。リネン交換や入浴、清潔保等にも注意をしている。共用部分にくつろげるベンチがあり、季節に合わせた展示物も多く見られ、明るい雰囲気も感じられた。ユニット毎で展示物は代わり、それぞれの特徴が出ていました。入所時にHAPPY SHEETにて意向を確認し、居室に家族の写真や仏壇、神棚などを置くなど利用者の意向やこれまでの生活を尊重した過ごし方の配慮も見られた。

・急変時のマニュアルが症状別に各ユニットに設置している。対応方法、医療機関との連携についても記載が確認できた。日々の利用者の状態は検温、血圧測定、バイタルの確認などで実施している。手があいた時は利用者の顔色を確認している。食事中も顔を見られる位置に座ることを会議の場で話し合い、実践している。感染症の勉強会の記録あり。服薬についてはかなり厳しく指導があり、薬状は必ず確認している。（薬の効果や副作用などの記載あり）現在誤薬についてのヒヤリハットが発生し事務所前に掲示周知されていた。

◇改善を求められる点

【共通評価基準】

・事業計画の周知。事業計画はホームページで公表し、事業所玄関に設置されている。来訪者が誰でも閲覧できる状態にはあるが新型コロナウイルスの流行期には来訪も少なく、周知は限定的。その他の機会等で配布や説明等は行われていない。家族会等も行われておらず、説明資料についても事業計画をわかり易く資料を工夫するなどの確認できなかった。

・評価結果にもと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する項目について、人事考課により分析・検討はされているが、それに基づく課題の文章化されていないため、課題の共有も不十分と評価。また、会議録にサービスの質の向上に関する提案等の記録は存在するが、計画には反映されていない。

・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かの項目について行政主催の地域のまちづくり協議会、ネットワーク地域ケア会議（中部県域、東部が主流でケアマネ、民生委員、包括など参加）、施設長会議、

相談員連絡会に参加・参画し、感染症に関する問題や入所検討の情報共有、人材確保等、関係機関と連携している。成年後見など一部の資料はあるが、当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料は作成しておらず、職員間で情報の共有化も図られていない。

・利用者満足の上昇を目的とする仕組みについて、新型コロナウイルス感染症流行以前は、敬老会後などで家族会の開催があり、利用者懇談会での聞き取りを行っていた。現在は、モニタリングで利用者満足、評価・見直し検討を行っている。職員はユニット会議での満足度把握はしているが、利用者を交えての検討会を行っていない。利用者満足に関する調査の担当者の設置や、把握した内容の分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善等は見られなかった。

【内容評価基準】

・権利擁護について令和4年の活動報告にて虐待防止委員会の立ち上げ、権利擁護と虐待防止について意識を高める行動をおこなっており、現在身体拘束ゼロ。重要事項説明書にやむを得ない場合の対応についての記載があり、ご家族への説明を行っている。委員会などでの定期的な話し合いはされており、高齢者虐待防止マニュアルで発見時のフローチャートを作り各ユニットに配置。セルフチェックの書式も作成していたがセルフチェックシートについては現時点で使用しておらず今後使用するという事。全スタッフが動画を見て感想を書くという研修も始まっている。※様々な取り組みはされていますがこの項目は全ての設問に対して実施が確認されない場合はC評価となるためこのような評価となっています。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

・今回初めての第三者評価を受けて、施設外からの評価を受ける貴重な機会を設けていただき、今後の施設運営に大変役立つことと感じています。それぞれの見えてきていない改善点等踏まえ、気付くこともたくさんあり、サービスごとの課題、問題点の検討を行っていきます。また評価の高かった部分に際しては、今後も継続して、より良いサービスにつなげられるよう満足度の高い結果を残すよう行っていきます。また公表結果を基に足りない部分を少しずつ補っていければ、良いサービスにつながるのではないかと感じております。今後この機会がよいものとなるように、職員一丸となって努力していきたいと考えています。ありがとうございました。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

第三者評価結果〔高齢者福祉サービス〕

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

- a 評価…よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態
 b 評価…aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組みの余地がある状態
 c 評価…b以上の取組みとなることを期待する状態

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

高齢者福祉サービス版共通評価基準

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。		
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。	b
<p><コメント></p> <p>理念、基本方針は適切に定められ、ホームページ、施設パンフレット、に掲載されており、職員へ回覧されている。また、会議議事録の冒頭に必ず記載されるなど会議・各委員会の際に唱和するなど職員へ共有されている。一方、利用者や家族への周知として施設内への掲示がないことなど周知が不十分と評価。</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。	b
<p><コメント></p> <p>関係する各種福祉計画などの情報等、富士市ホームページ「フジパワフル85計画」にて確認し分析しているが、拠点周辺などの地域課題・分析について改善の余地がある。また、経営者会議を1ヶ月ごとに開催、拠点の経営状態を確認し中長期計画に記載。施設運営職員会議において、主任、リーダーには経営状態の変化や課題分析を行っている。その他、「町づくり協議会」に参加し、施設での活動内容等を報告している。</p>		
3	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組みを進めている。	a
<p><コメント></p> <p>理事会で経営状況は確認を行っている。経営者会議や運営職員会議にて現状分析や具体的課題、問題点を明らかにし役員間共有及び職員への周知を図っており、経営改善に向けた取組を事業報告の中に具体的な内容が記載されて進めている。経営者会議や運営職員会議においてコスト削減等の呼びかけや実際にどのような事を行うかを職員にも考えてもらうなどしている。</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
<p><コメント></p> <p>法人の中・長期計画に「富士まかど」の計画があり目標を確認している。数値目標としては、例えば介護度の高い方を優先させるよう目標数値が掲げられているなど具体的な目標が掲げられている。中・長期計画は2022年度～2027年度の期間で作成されており、中・長期計画では「再建」との目標があり、現在休止中のショートステイの再開があげられるなど必要に応じて目標の見直しなども行われている。</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
<p><コメント></p> <p>法人の中・長期計画に即し単年度の事業計画が策定されている。計画では「再建」との目標があり、現在休止中のショートステイの再開があげられている。その他、研修計画や行事計画以外にも採用計画も記載され具体的にハローワークの採用リクエストや社会福祉協議会の人材バンク登録や就職相談会、ホームページの更新等。職員採用の為の活動内容等が示されて実現可能な内容となっていた。</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。	b
<p><コメント></p> <p>事業計画は運営職員会議で各主任やリーダーで議論し、計画案が策定されている。評価、見直しについて次期事業計画に反映されているが、評価、見直しの時期や手順が明確になっておらず、その過程の記録も確認できなかった。職員への周知はPC内データ保存で誰でも閲覧できる状態であり、PC内で共有できる状況にあるが、会議や研修会における説明など理解を促すための取組みまでは確認できなかった。</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。	c
<p><コメント></p> <p>事業計画はホームページで公表し、事業所玄関に設置されている。来訪者が誰でも閲覧できる状態にはあるが新型コロナウイルス感染症の流行期には来訪も少なく、周知は限定的。その他の機会等で配布や説明等は行われていない。家族会等も行われておらず、説明資料についても事業計画をわかり易く資料を工夫するなどの確認できなかった。</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。	b
<p><コメント></p> <p>人事考課では半期に1回ほど面談を実施し、リーダー・主任・施設長と各階層で組織的に分析検討がなされている。その他、定期的なモニタリング（カンファレンス）では福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。第三者評価については今まで行っておらず今回が初受審となるため今回の評価内容には反映させていない。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	c
<p><コメント></p> <p>人事考課により分析・検討はされているが、それに基づく課題の文章化されていないため、課題の共有も不十分と評価。また、会議録にサービスの質の向上に関する提案等の記録は存在するが、計画には反映されていない。</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。		
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。	b

<p><コメント> 事業計画、職務分掌表、運営会議等により、管理者としての役割と責任を明確に文書化している。また、事業継続計画などにおいて非常時の管理者の役割と責任について記載している。文書化されてはいるが、その内容を委員会や研修での表明することも無く、職員等への周知は改善の余地がみられた。</p>		
11	<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>	b
<p><コメント> 全国個室ユニット型施設推進協議会のユニットケア施設長研修に参加、外国人雇用についての法令等を把握している。富士市民間福祉施設長連絡会（懇談会）ではコンプライアンス研修に参加している。職員へは法令等研修を実施、最新情報はYouTube動画をラインワークスにて周知など遵守すべき法令等を正しく理解するための取組はおこなっているが、環境への配慮については確認が出来なかった。</p>		
<p>Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p>		
12	<p>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。</p>	b
<p><コメント> 各委員会（感染症・褥瘡・栄養・身体拘束・虐待・防災・優先入所・研修・口腔内喀痰・安全衛生）の実施活動にて管理者参加のもと、福祉サービスの質向上に努めていることが確認できた。また、福祉サービスの質の向上についての研修計画があり、事案に対しての具体的な改善の取り組みを行っている。ただし、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析は確認できていない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>人事、労務、財務等をふまえた分析は事業継続に記載されている、静岡県働きやすい介護事業所認証制度の認証を得ており、経営改善や人員配置、労働環境の改善に取り組んでいる。しかし、経営改善や業務の実効性の向上に向けて、組織内に同様の意識を形成するなどの取組について、ユニット内ローテーションを行う等実施しているが改善の余地がみられた。</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。	a
<p><コメント></p> <p>人材育成方針、事業計画を基に、必要な人材確保・育成に取り組んでいる。県・市・社協等が開催する求人説明会等には必ず参加している。関係学校にも毎年求人活動を行っている。その他、ハローワークの採用リクエストや社会福祉協議会の人材バンク登録、就職相談会、ホームページの更新を行っている。(人材育成計画にて確認)。育成についてはキャリアパスを運用している。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>「期待する職員像等」は事業所プロフィールや中・長期計画等で確認。人事・給与制度要綱に求められる能力・職務内容・必要な研修等が項目ごとに記載されており、評価表の存在も確認。面談等を通して総合的な人事管理・評価改善がされている。しかし、自ら将来の姿を描くことができるような仕組みはなく、総合的な仕組みづくりとしては不十分と評価。</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。	b
<p><コメント></p> <p>「静岡県働きやすい介護事業所認証制度」認証項目に係る提出書類一覧の中に、環境の改善(ワークライフバランス)の取り組み項目があり、電話相談窓口の設置でのメンタルヘルケアや時間外勤務縮減の取り組みとして、派遣社員の採用などを実施。有給休暇は必ず取れるように運営会議で決議。意見箱の設置があり職員、家族が入れられるようになっており定期的に確認を行っている。改善策について、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映していることが確認できなかった。</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。	b
<p><コメント></p> <p>職員の個別目標としては、自己申告書に目標や希望などが明記されており、封書に封印をして中間職が閲覧できないようにするなど職員の意見を聞くための工夫が見られた。年1回、</p>		

<p>常勤職員と施設長と面談を実施し各職員の目標管理や適切な人員配置を行っている。一方で目標に対しての進捗状況の確認については記録が無く確認ができなかった。</p>		
18	<p>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。</p>	<p>b</p>
<p><コメント></p> <p>「期待する職員像」については人事制度要綱に明記、人材育成計画の中に記載している。組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格についてはキャリアパスに明記されるなど、人事制度要綱、事業計画、研修計画に基づいて教育・研修が行われている。事故の様態やヒヤリハット統計にて、都度必要な研修を選定し内容の評価と見直しを行っているが、研修計画全体として、定期的な見直しについては不十分と評価。</p>		
19	<p>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。</p>	<p>b</p>
<p><コメント></p> <p>個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等は人事考課一覧に記載され施設長が管理している。新人指導はOJT, ユニット毎で教育しているがOJT 研修報告書は確認できなかった。指導状況は、申し送りノートに記載又はメモ程度にとどまっている。階層別研修は未実施。内部研修は時間調整し一部二部に分けるなど工夫しており全職員が研修の機会を確保している。</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	<p>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。</p>	<p>b</p>
<p><コメント></p> <p>見学や職場体験・実習生受入れマニュアルを策定しており個別スケジュールなども確認できた。新型コロナウイルス感染症流行前は実習生を受け入れていたが現在は一般の実習生の受け入れは無く現在は技能実習生にのみ対応している。施設長が実習生指導者研修や必要な研修に参加しているが指導者に対する研修は施設長のみ参加ということで不十分と判断。</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
<p><コメント></p> <p>ホームページに法人、理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されている。そのほか広報誌「まかど便り」の掲載と回覧板による広報活動を行っている。その他、玄関での掲示等により、来訪者への情報公開を行っている。地域の会合などでの説明は行っておらず、第三者評価事業も今回が初めてということで今回の評価には考慮せず評価した。</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。	a
<p><コメント></p> <p>福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルール、職務分掌と権限・責任について規程及び、職務分掌表により明確になっており、職員への開示により周知している。法人本部による内部監査、監査法人による外部監査を実施しており、経営・運営の適正化に努めている。監査法人による監査結果等は本部に保管している。</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
<p><コメント></p> <p>施設内に喫茶室があり、地域に開かれた施設づくりに取り組んでいる。なのはな祭り、文化祭など地域行事を毎月の予定表に記載、小学生の運動会の参加、福祉展示会に出品の展示を行って。買い物は移動販売により、食品・雑貨又はパン屋の販売。訪問理美容がカット、毛染めを行っている。華道クラブでは、花をいけてお直しを先生が行っていた。(コロナ禍後は先生不在でも自分たちで活かしている。) コロナ 禍以前では、地域との交流イベント家族との交流を踏まえ、利用者と地域との関係性を広げるための取組を行っていた。地域との関係については積極的に取り組んでいるが基本的な考え方を文書により確認することはできなかった。</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。	b
<p><コメント></p> <p>演奏、踊りのボランティア、見学、職場体験、介護実習生等受入れについては事業計画に記載されている。ボランティア受入や地域の学校への福祉教育等への協力に関する基本姿勢はも明文化されているが学校教育等への協力についての基本姿勢については確認が出来なかった。また、ボランティア受入について、登録手続き、配置、事前説明等に関する項目が記載</p>		

されたマニュアル等、ボランティアに対しての必要な研修や支援なども確認できなかった。		
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。	c
<p><コメント></p> <p>行政主催の地域のまちづくり協議会、ネットワーク地域ケア会議（中部県域、東部が主流でケアマネ、民生委員、包括など参加）、施設長会議、相談員連絡会に参加・参画し感染症に関する問題や入所検討の情報共有、人材確保等、関係機関と連携している。成年後見など一部の資料はあるが、当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料は作成しておらず、職員間で情報の共有化も図られていない。</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。	a
<p><コメント></p> <p>地域のまちづくり会議や民生委員児童委員協議会に参加、町内会長、学校の先生、まちづくりセンター長との協議では、「猿問題」「交通手段ない訪問移動販売の強化」「デマンドタクシー」など、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>地域における公益的な取組として「生きがいデイサービス」の運営や福祉避難所、小学校からの依頼を受けて「かけこみ110番」（看板設置）等、地域貢献に関わる事業が行われている。トイレに立ち寄る方もいたり、小学生が夏休みの宿題（家で出来ない広さのものを作成）するなど地域の交流はあるが、地域コミュニティーの活性化や町づくりなどの貢献活動までは確認できなかった。</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。		
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
<p><コメント></p> <p>法人理念と方針が運営会議や各委員会での唱和と議事録への記載がされている。「サービスの質の向上と標準化を実施させるために」と題した「富士まかど参考マニュアル」に職員用のサービス指針が掲載。職員が利用者を尊重した福祉サービスの提供に共通の理解をもつための倫理綱領の確認、利用者尊重を踏まえた介護に関する身体拘束や虐待防止等に関する内部研修への参加などの取組を行っている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>個人情報及び倫理規定、職員通用口に掲示して周知している。職員にプライバシー保護に関する規程・マニュアルを使い研修を実施。業務マニュアルでは入浴介助・排せつ介助等のプライバシー保護が掲載され、入浴・排せつ時等におけるプライバシー保護に関する研修を実施している。排泄介助では基本的なドアを閉める、汚物を袋に入れて処理する等、作用効率優先にしない配慮がある。成年後見制度のマニュアル資料があり、職員への閲覧ができるようにしているなど、様々な取組を実施しているがそれらの取組みを利用者・家族へ周知することは確認できなかった。</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
<p><コメント></p> <p>パンフレットは誰にてもわかりやすいような内容になっており、料金設定など適宜更新している。資料等は地域包括支援センターや居宅事業所への配布、民生委員には必要に応じて資料を渡しているも、その他公共施設等への設置は行っていない。利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施し見学対応を行い、情報提供に努めているが体験入所、一日利用等は行っていない。</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。	a
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの内容や料金等が重要事項説明書に明記されている。また、重要事項説明書以外の資料ではパンフレットに写真付きの資料を作成しわかりやすく説明している。利用者本人の意思表示が困難な場合には、自宅での生活で意思を確認できるようアセスメント（ハッピーシート）に記入することが標準化され意思決定に配慮されている。</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	b

	社サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）では、同意書をとって変更の内容確認し同意を得たうえでの変更を行っている（同意書→カンファレンス→変更）家庭への移行については契約時に可能性や看取りに際して提案しており、ガン末期の方で家で看取りを希望され在宅サービスに繋げたケースは確認したが、一連の流れの手順書等の確認は出来ていない福祉サービスが終了後の相談はケアマネや事務所が一括しておこなっているがその内容を記載した文章は確認できていない。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。</p>		
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。	c
<p><コメント></p> <p>新型コロナウイルス感染症流行以前は、敬老会後などで家族会の開催があり、利用者懇談会での聞き取りを行っていた。現在は、モニタリングで利用者満足、評価・見直し検討を行っている。職員はユニット会議での満足度把握はしているが利用者を交えての検討会は行っていない。利用者満足に関する調査の担当者の設置や、把握した内容の分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善等は見られなかった。</p>		
<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。</p>		
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。	b
<p><コメント></p> <p>第三者委員の設置など、苦情解決の体制が整備され、重要事項説明書に記載され入所時に利用者と家族には伝える。苦情解決の仕組みはフローチャート等を使い利用者等へ説明、苦情受付窓口と、ポストの設置を行い苦情を申し出しやすい工夫を行っている。苦情解決の仕組みや受付から解決までの過程、結果の公表を第三者委員会義の場にて報告しているが、ホームページなどでの公表は出来ていない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>ケアマネジャーが窓口となり機能訓練士等が個別訓練などの時間で要望を確認している。家族等へは経過の様子を配布しているたり、意見箱があり、自由に記入投函できる。ただし、利用者が相談する際に、複数の方法や相手を自由に選べることなどをわかりやすく説明した文書は確認できなかった。</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。	b
<p><コメント></p> <p>マニュアルの整備やアンケートの実施は確認できておらず、利用者の意見を積極的に把握する取組みは確認できなかった。利用者から受けた意見に対して記録はしており、苦情等が多く寄せられる。職員は把握した相談や意見について次の日までに申し送りにて共有。解決が難しい場合は施設長が対応を行い、介護支援内容によって（席の配置換えなど）は支援経過や申し送りにて速やかに対応している事例もある。</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。	a
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメントに関する責任者の明確化、リスクマネジメント委員会の設置など体制を整備している。マニュアルもありマニュアルを使った研修も実施している。事故対策では事故報告書だけで終わらせるのではなく、発生要因の分析や改善策・再発防止策・予防策の検討を行い、1か月後に事故評価表にて実施・評価を行い、状況把握と必要な対応を行っている。毎月ヒヤリハットの集計を行っている。</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。	a
<p><コメント></p> <p>感染症の予防・対応マニュアル等を各ユニット整備しているおり、毎月委員会が組織され話し合いがなされている。緊急時の対応について責任と役割が記載されたフローチャートで示し安全確保のための体制、担当者・担当部署の設置を実施している。県で主催する研修、全職員向け研修とケア実践者向け研修に参加。感染症発生時は嘱託医指示のもと適切に対応している。</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
<p><コメント></p> <p>BCPにおいて、災害発生時の体制、初動時の対応や出勤基準などを示した行動基準、利用者及び職員の安否確認の方法が明確化され、全職員に周知されている。職員の安否確認についてはラインワークスを使うなど工夫もされている。施設の実態に合わせた消防計画が策定され、防災倉庫を設置し、食料や備品などの備蓄は管理栄養士が担当し整備しているほか、</p>		

市の協定福祉避難所として締結している。消防と連携し、防災訓練は2か月に1回だが机上訓練は毎月実施している。

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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示、実施方法において文書化されている。服薬確認や食事介助、認知症対応などの業務マニュアルは画像を用いたものもあり分かりやすく説明されている。職員がいつでも閲覧できる状態になっている。標準的な実施方法についてOJTで指導及び業者からの訪問研修もされている。しかし、標準的な実施方法で実施されているか確認する仕組みについては整備されていない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>毎月、介護サービス質の向上の為にユニット長ミーティング開催。個々のサービスはユニット毎で行っているが全体としては行われていない。福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しについて定期的な見直しや職員や利用者等からの意見が反映される仕組みについては確認できなかった。</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。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	b
<p><コメント></p> <p>毎週のカンファレンス及び必要時の話し合いを行っている。カンファレンスとは別に担当者会議において、様々な職種の元で具体的な支援や解決方法を検討し計画書を策定。利用者一人一人に対しハッピーシートを使い、ご本人とご家族のニーズを聞き取り記入している。ケアプランを使い、モニタリング、プラン変更などPDCAが出来ている。訴えの多い方に対し担当者会議で検討しユニットを変更することで落ち着くなど支援困難ケースへの対応について検討し、改善が図られたケースも確認。施設外の福祉サービスの提供などの事例は確認できなかった。</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。	a
<p><コメント></p> <p>担当者会議において、様々な職種の中で具体的な支援や解決方法を検討し計画書を見直し、利用者の意向把握と同意を得るためモニタリングでの利用者満足、評価・見直し検討を実施、PDCAが出来ている。急変時や入院、看取りによる計画変更の仕組みも確認。職員への周知方法はLINEワークスで周知。</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。	b
<p><コメント></p> <p>サービス実施記録の内容が業務日誌、介護ソフト「ほのぼの」等によって共有され、引継ぎ、申送り等に活用されている。利用者一人ひとりのサービス実施状況が記録されている。介護システム「ほのぼの」では、システム上でプルダウンの選択式になっている。事故報告書やヒヤリハット報告等の記録の書き方研修を実施しているが、記録内容や書き方の差が生じており、記録内容や記録に関する職員への指導が課題となっている。</p> <p>情報の流れについて月に1回の運営会議などその内容をラインワークスの掲示板を活用している。職員が確認すると既読マークがつく仕組みが整備されている。</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
<p><コメント></p> <p>就業規則 個人情報保護、行動指針、記録の保管状況、開示請求への対応、保存と廃棄のルールが明確化されている。ケース記録には事務所でカギかけている。各ユニット毎はキャビネットに鍵。ユニットリーダーがカギ持っている。情報開示については、利用者や家族等へは重要事項説明書で個人情報の取り扱いについて説明されている。また、情報開示を求められた際のルール・規程が明記されている。職員に対しての教育や個人情報保護に関する研修実施し個人情報保護についての理解し遵守している。</p>		

高齢者福祉サービス版内容評価基準

評価対象 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		
A①	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。	b
<p><コメント></p> <p>各ユニット毎多くのプログラムを実践している。各フロアを見学し、利用者の作品などが多く掲示されていることが確認できた。また、ご家族の面会の頻度が高く、スタッフも家族の思いを汲みながら日々のケアをおこなっていた。クリスマスツリーを飾る、エプロンや布巾をたたむ、おむつ交換用の新聞紙を折るなど役割が持てスタッフと一緒に取り組んでいる。一方で利用者の生活状況について介護記録への記載に改善の余地がみられた。</p>		
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。	特養非該当
<p><コメント></p>		
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。	特養非該当
<p><コメント></p>		
A④	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。	b
<p><コメント></p> <p>行政指導を受けたが、その後で施設内で委員会を中心に言葉遣いの見直しや研修の実施など改善に努めている最中である。入所時にご家族が生活歴や嗜好などを Happy シートに記載し利用者の思いや希望を把握するようにしている。日常的にはユニット毎の特徴を活かした少人数でのきめ細やかな介護が行われと聞かれたが介護記録、モニタリング表にて具体的な記載がなかった。脳梗塞後でコミュニケーションが取りにくい利用者が話しやすい状況を作るなどの配慮（ホワイトボードで筆談）がなされている。</p>		
A-1-(2) 権利擁護		
A⑤	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	c
<p><コメント></p> <p>令和4年の活動報告にて虐待防止委員会の立ち上げ、権利擁護と虐待防止について意識を高める行動をおこなっており、現在身体拘束ゼロ。重要事項説明書にやむを得ない場合の対応についての記載があり、ご家族への説明を行っている。委員会などでの定期的な話し合いはされており、高齢者虐待防止マニュアルで発見時のフローチャートを作り各ユニットにある。セルフチェックの書式も作成していたがセルフチェックシートについては現時点で使用して</p>		

おらず今後使用するという。全スタッフが動画を見て感想を書くという研修も始まっている。※様々な取り組みはされていますがこの項目は全ての設問に対して実施が確認されない場合はC評価となるためこのような評価となっています。

評価対象 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		
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
<p><コメント></p> <p>各ユニットを確認し、開放感があり、明るく清潔感を保っていることが確認された。リネン交換や入浴、清潔保等にも注意をしている。共用部分にくつろげるベンチがあり、季節に合わせた展示物も多く見られ、明るい雰囲気も感じられた。ユニット毎で展示物は代わり、それぞれの特徴が出ていました。入所時に HAPPY SHEET にて意向を確認し、居室に家族の写真や仏壇、神棚などを置くなど利用者の意向やこれまでの生活を尊重した過ごし方の配慮も見られた。</p>		

評価対象 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		
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。	b
<p><コメント></p> <p>施設サービス計画書に入浴に関する記載を確認。必要な利用者については課題整理総括表に記載し、安全に入浴できるよう配慮している。機械浴あり、利用者の状態に合わせて安全に入浴できるように福祉用具も活用している。具体的な事例として拒否が強かった場合、機嫌の良い時に入浴の機会を設けるなど柔軟な対応をしているとのことだが記録として確認ができなかった。入浴の可否については血圧、バイタルは確認しているが、最終判断は個々のスタッフによるところが大きく、客観的な判断基準については確認ができなかった。</p>		
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。	b
<p><コメント></p> <p>スタッフが排泄ケア web セミナーに参加したり、一定時間空かないよう看護師が管理するなど安全で個々の状態に合わせたケアを実施。トイレは個室で広々としており、手すりも設置され、清潔も保たれていた。日中に排便をうったえた時は利用者が自分でトイレに座れるよう、2人で介助するなど排泄の自立のための働きかけも行っている。一方、心身の状況や意向を踏まえていることについて書面上で確認が取れませんでした。</p>		
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。	b
<p><コメント></p> <p>自分で歩けるようになりたいとの意向に沿って支援をおこない、歩行は困難でも、車椅子にて自力移動ができるようになった事例をアセスメントにて確認しました。移乗支援マニュアルも作成されており、移動介護時の注意事項がしっかり明記されています。必要な利用者については課題整理総括表に記載し、機能訓練士を中心に検討や見直しをしています。利用者の希望に添うようスタッフが熱心にケアをしていることがうかがえます。移動に介助が必要な利用者が移動を希望した際の対応が、できるだけ早いものになっているのかについては確認ができませんでした。</p>		
A-3-(2) 食生活		
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。	b
<p><コメント></p> <p>食事は各ユニットの共有スペースで明るい雰囲気の中でとることができている。利用者の嚥下・咀嚼・手の機能に合わせた食形態での提供を心がけているのが確認できた。調理室でまとめて食形態を加工するのではなく、各ユニットで個々の状態に合わせた配慮がされています。また、食器やマットも必要に応じて使いやすいものを用意している。メニューの選択が困難な方もあるなどで定期的な選択メニューは実施しておらず工夫の余地があると評価。(寿司バイキングなど選択できる料理は月一回程度は提供している)</p>		
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。	b

<コメント>		
細かい食形態は各ユニットで調整しており、摂食嚥下機能については個別の対応ができています。利用者の負担の軽減のため食事時間から逆算してベットから起こすようにしています。半介助の方はできるところまで自力摂取を尊重し、むせやすい方に対してペースをゆっくりにするなどの配慮をしています。多職種で連携し、栄養ケアマネジメントも実施。食事前の介助でお茶がないことがある。また、誤嚥した時は速い対応が必要であるため、すぐに救急車を呼ぶ体制も作っている。窒息時も含めた事故の発生防止と発生時の対応策マニュアルは作成していますが、改定されておらず、活用されていることが確認できませんでした。また口腔体操などでの事故発生の予防は改善の余地がみられた。		
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。	b
<コメント>		
歯科医院と契約し、希望者は月2回の口腔チェックを受けている。また、ブラッシングの方法で注意が必要な方は歯科衛生士から個別に指導を受けるなど取り組んでいる。動画を撮影し、スタッフ全員が共有している。1月から口腔衛生管理加算を取得し、組織としての取り組みが始まったばかりで、内部研修などは今後実施ということで今回は評価に含めていない。		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A13	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	b
<コメント>		
褥瘡予防・排泄委員会は2ヶ月に1度開催し、ユニット間での情報共有ができています。発生時マニュアル、予防対策マニュアルを作成し、標準的な実施方法を確立。食事量が少ない利用者には栄養補助食品を提供し、低栄養、褥瘡発生予防に努めている。褥瘡対策に関する計画書も作成し、アセスメントも記入し委員会にて評価もしている。また、治療にあたる看護師とも連携が取れている。研修はおこなっているが、新しい福祉用具や対応方法の研修など最新の情報までは収集できていないことが確認できなかった。		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
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。	b
<コメント>		
介護職員は喀痰吸引等は実施せず主に医師の指示のもと看護師が実施している。看護師が実施している。(喀痰を実施する看護師の対応等を評価)3ヶ月に1度口腔内の喀痰吸引等安全委員会を開催しそれぞれ必要な情報の共有を行っている。夜勤を経験する前には必ず看護師から吸引の指導を受け、情報共有をされている。喀痰吸引・経管栄養の研修の機会を確保し、実施体制の充実・強化する機会や体制等については確認が出来なかった。		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
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。	b
<コメント>		
機能訓練士が生活機能訓練計画書を作成し、それに基づいて生活リハビリを実施している。車椅子で自走できるという目標を立て、上下肢訓練を実施したり、利用者の状態によってはベット上でできる訓練をおこなっている。物忘れが増えてきた利用者について看護師に相談し、水分摂取を増やすことで症状が改善されたという事例もあったが、判断能力の低下や認		

知症の症状の変化を早期発見し、医師・医療機関との連携など必要な対応は確認できなかった。日常生活の中での工夫が多く見られましたが主体的な機能訓練や介護予防の実施については改善の余地がみられた。

A-3-(6) 認知症ケア		
A16	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b
<p><コメント></p> <p>入所時に Happy シートや施設サービス計画書などで生活歴や日常生活能力や機能などをアセスメントしている。帰宅願望が強い利用者に対して専門家の意見を取り入れ、解決策を見つけたという事例も確認できた。職員との関わりだけでなく、認知症の利用者同士でカルタをやってみたら良い関係が築けたということがあり、認知症の状態に配慮したケアについて実践の様子がみられた。年に一回認知症についての研修がある。また、LINE ワークスで最新の情報を動画で視聴し、スタッフは必ず感想を提出するようにしている。ユニット内での食堂の配置には気を配り、認知症があっても利用者同士が気持ちよく生活できるよう配慮しているなどあったが書面や現場での確認ができなかった。</p>		
A-3-(7) 急変時の対応		
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
<p><コメント></p> <p>急変時のマニュアルが症状別に各ユニットに設置している。対応方法、医療機関との連携についても記載が確認できた。日々の利用者の状態は検温、血圧測定、バイタルの確認などで実施している。手があいた時は利用者の顔色を確認している。食事中も顔を見られる位置に座ることを会議の場で話し合い、実践している。感染症の勉強会の記録あり。服薬についてはかなり厳しく指導があり、薬状は必ず確認している。(薬の効果や副作用などの記載あり) 現在誤薬についてのヒヤリハットが発生し事務所前に掲示周知されていた。</p>		
A-3-(8) 終末期の対応		
A18	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。	b
<p><コメント></p> <p>看取りに関する指針を作成・改訂している。入所時に看取りについての家族やご本人の希望を確認し、施設の方針も説明しています。事例として終末期を迎えた利用者の家族が見れるように施設での様子をアルバムにして提供するなど実践している。終末期のケアに関わる職員に対しての精神的なケアは、今後 Death カンファレンスを実施する予定はあるが現時点では実施していないため評価に含めていない。</p>		

評価対象 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		
A19	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。	b
<p><コメント></p> <p>入所時に家族の連絡先を確認し、必ずすぐに連絡が取れるような体制を作っている。状況に</p>		

よっては電話では心配させてしまうため、面会時に伝えるなどの配慮をしている。連絡は定期的には実施されていない。連絡はユニットリーダー、看護師、ケアマネが窓口となっており情報が整理されて伝えられるようになっている。要望などは面会時電話などで聞ける体制は作っているが要望の記録は確認できなかった。現在感染症予防の措置として、テーブルを挟んで距離を置いて面会するようになっているが、聞き取り易いよう、スピーカーフォンを設置している。4月から家族が居室に入ることができるようにする予定。社会情勢に合わせてできる限りのつながりを持てるような取り組みをしており、定期的に相談員が家族との面談を実施している。

評価対象 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		
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。	特養非該当
〈コメント〉		