

## 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 鑑石園	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名：小松かおる	定員（利用人数）：50名（ショートステイ8名）
所在地：静岡県富士市原田 1350-16	
TEL：0545-52-0016	ホームページ <a href="https://kansekien.com/kansekien/">https://kansekien.com/kansekien/</a>
【施設・事業所の概要】	
開設年月日	
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：24名 非常勤職員 19名
専門職員	（医師） 非常勤：1名 （栄養士） 常勤：1名
	（看護師） 常勤：1名 非常勤：3名 （介護支援専門員） 常勤：1名
	（准看護師） 非常勤：1名 （機能訓練指導員） 常勤：1名
施設・設備の概要	（居室数） （設備等）

### ③理念・基本方針

#### （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、地域福祉の拠点

#### （2）基本方針

- ・利用者の意思及びその人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスを提供する。
- ・利用者の心身の特性を踏まえてその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように援助を行うことにより、利用者の心身機能の維持と利用者家族の身体的精神的負担の軽減を図る。

### ④施設・事業所の特徴的な取組

- （1）担当フロアは決まっているが、日によってフロア配置を流動的にし、有事の際の対応に備えている。
- （2）職員研修、防災関連、一般連絡のツールとしてLINE WORKS を活用している。
- （3）施設内のショート・デイ等他事業所と協力し、全体行事を企画している。

### 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）	初回（-）

## ⑥総評

共通評価基準については多くの項目で文書化やそれに伴う周知が実施され評価されている一方、職員や利用者、利用者家族への周知不足や新型コロナウイルス感染症流行により中止になりその代替策が実施されていないことで評価を下げた項目が見られた。内容評価基準については多くの項目で取り組みの実施が確認されたが、部分的にできていないことにより評価が変わっていることが多く見受けられた。

### ◇特に評価の高い点

#### 【共通評価基準】

- ・事業経営をとりまく環境と経営状況について法人の中長期計画（2022年4月～2027年3月）の外部分析の中で富士市内の人口と高齢化率の推移などが掲載されており、また、ふじパワフル85計画VIから市内のサービス利用量見込みデータとして令和3～5年、7年、22年を掲載してその推移を把握、分析している。年度毎の資金収支予算書や事業報告書の中で収支や利用実績について記載されている。
- ・中・長期的なビジョンが中長期計画（2022年4月～2027年3月）にて共通取組みとして記載されている。法人理念の具現化や人材確保と育成、特養の満床維持、コスト削減など経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容となっている。数値目標の設定もなされ、評価が出来るような設定にはなっている。
- ・中長期計画の共通取組の内容をふまえ、虐待防止と身体拘束廃止、介護力向上など4つの基本方針が設定され、各項目具体的に示されている。基本方針を踏まえ実施計画が記載され、目標に向かって具体的で実現可能な内容となっている。方針、実施計画に加えて各種委員会活動や防災訓練の年間計画なども記載されている。稼働率や空床の際の1週間以内の入所を目標するなどしている。その他、仕事のしやすい職場環境作りとして年2回のヒアリングなど、数値目標を設定しており、実施状況の評価を行える内容となっている。
- ・事業計画について各会議には介護、看護、相談員など幅広く参加しており現場職員の意見を集約されて反映されている。会議は定例となっており、定期的に実施し評価としている。会議等の結果、変更がある場合、周知されている。
- ・職員一人ひとりの育成について、中長期計画に「期待する職員像」が明確に記載されており職員の目標となっている。人事評価シートを使い定期的に個別面談でコミュニケーションを図り職員の目標に向けた支援を実施している。職員一人一人が設定した目標について、年度当初、年度末の個別面接において目標達成度の確認を行っている。
- ・地域の福祉向上のための取組について原田悠容クラブ（地域活動）と連携をはかり、健康教室を行っている。年金支給月に原田農協等に出向いて出張相談窓口（市の委託事業）を実施して相談を受けている。相談窓口の広報は施設で作り、地域の回覧板にて回している。原田悠容クラブの月1回の会合に参加し福祉ニーズの把握に努めている。
- ・地域の福祉ニーズにもとづいて、原田悠容クラブにて健康体操を年に1回実施。思いやりデイサービスを月に2回実施している。事業計画において地域に根差した相談窓口のことを明確に位置付けられている。機能訓練指導員が悠容クラブに派遣されており、専門的な情報などが地域に還元されている。その他、福祉避難所の協定書を結んでいる（協定書確認）地域の方の20人分も備蓄しているなど取り組みも確認できた。
- ・利用者の尊重について、経営理念に利用者一人ひとりに寄り添うことなど明記して共

有されている。また鑑石園心構えについて朝礼などで唱和していた。職員倫理規程により具体的に利用者の具体的な人権への配慮が記載され、合わせて行動指針について記載され共有ホルダに入っていて誰でも見られるようになっているほか、入職式に資料として配り周知している。倫理規定に記載された内容が標準書の項目のそれぞれの介護にも反映されている（人権の項目もある）マニュアルとして各フロアのスタッフルームに配置している。身体拘束防止委員会月1回、虐待防止委員会2カ月に1回でサービス提供について不適切なことがあったら共有し改善している。

- ・福祉サービス開始、変更時の利用者等への説明について必要時に担当者会議を実施して、サービスの内容については計画書に明示している、本人の代わりに家族が意向を伝えることも実施している。サービス計画書を策定する際に、ご意見をもらう用紙（承認のお願い）にて意向の確認の欄があり確認し返信するなどコミュニケーションを取っている。利用者さんが入所のイメージができるように写真を見てもらうように工夫している。食事摂取量などその時の情報を渡している。意思決定が困難な利用者への配慮として成年後見人制度の情報提供や利用している方においては成年後見人に確認し実施。

- ・災害時の対応について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ている。施設の実態に合わせ、防災備蓄一覧（7日分）があり、その内容で100名4日分の献立表がある。ガス及び水の備蓄7日分がある。管理者は管理栄養士で備蓄リストの先入れ先出しを行っている。発電機2台設置。避難訓練7日前には消防に訓練計画を提出。訓練実施日には伊豆防災が来所し通報訓練等を行っている。コロナ前は自治会の地域防災訓練参加していた。福祉避難所の指定があり、設備として富士市より無線（アマチュア無線）の支給があり他の指定福祉避難所との状況報告訓練も実施している。

#### 【内容評価基準】

- ・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に工夫するについて、ケアプランが細かく記載されており、個別機能訓練計画書にてできることや今後も維持できるよう個々の状況に合わせたプランを立てている。更に3ヶ月に1度見直しすることで個々の状態を確認。日々の状態は「ほのぼの」（介護記録）に具体的に記載され、意思疎通が難しい方にも洗濯をたたむなどの役割を持っていただけるよう配慮されている。

- ・食事の提供について、利用者の心身の状況、嚥下能力に配慮した食事作りと提供方法を実施。また、定期的な会議等にて食事提供、支援、介助方法についても検討見直しをしている。利用者それぞれに栄養ケア計画が策定され、計画に基づいて栄養ケアマネジメントを実施している。直近でも誤嚥、誤飲の事故などが具体的な数など把握して分析をおこない事故防止に努めるなど積極的な取り組みも確認された。

- ・終末期の対応等について、ターミナルケアマニュアルがあり、その中に終末期を迎えた場合の対応について方針と手順が整理されている。看取り同意書があり担当者会議の要点で説明と意向確認をされていることがケア記録でも確認できた。医師や医療機関とも連携がとれている。終末期ケアの内部研修も実施され、動画研修についてもラインワークスにて職員に周知されている。看取りの振り返りについても実施しており、意見や

改善点を話し合っていることが職員の精神的ケアに繋がっていると評価。

#### ◇改善を求められる点

##### 【共通評価基準】

- ・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しているかの項目について、福祉サービスの質の向上に向けて、定期的開催されるリーダー会議や各種委員会において様々な課題は共有されているが、評価結果の分析は行われておらず、分析した結果にもとづく課題が文章化されていない。
- ・遵守すべき法令等を正しく理解するための取組について、安全運転管理者研修、管理者対象の感染症対策講座、身体拘束に関する講座など受講はしてきたが、新型コロナウイルス感染症流行時によりWEB講座含めて受講できていない。また環境への配慮等をふくむ幅広い分野についても法令等の把握や取組みが確認できなかった。
- ・利用者満足向上を目的とする仕組みを整備と取組みについて、10年前には利用者さんと職員の懇談会が開催されて困っていることなど意見を拾うことができたが、参加できる利用者が減ったことなどにより定期的な懇談会は開催されていない。年1回敬老会の時に実施していたが、新型コロナウイルス感染症流行により家族会が開催できなくなった。様々な状況により利用者満足を把握することができていない。
- ・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かの項目について、利用者からの相談についてはその日、出勤している職員が相談を受ける形になっているが複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書は作成されておらず掲示などもされていない。相談を受ける場合、居室は4人部屋なので食堂で聞くなど環境に配慮している。

##### 【内容評価基準】

- ・権利擁護について倫理規定に基づく行動指針にてプライバシーの保護や人権の尊重の記載があり、虐待防止についても委員会などで話し合いがされている。虐待があった場合の通報の手順なども記載があり、取組みはされていると判断できている。忙しい時の接遇など職員全体で徹底できていない事例がある。虐待チェックシートは作成されているが活用に改善の余地が見られた。権利擁護に関する雑誌を読んでスタッフ全員が感想を書くという研修はされている。
- ※様々な取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

- ・各課題の分析、分析した結果に基づく改善、改善した結果に基づく評価について、今まで不十分であったため、各部署・各委員会で会議のやり方等改善し、福祉サービスの質の向上につなげたい。
- ・令和6年度研修計画に基づき、研修受講に努めたい。
- ・利用者満足度の把握、向上に向けて、職員で話し合い、工夫していければと思います。
- ・生活支援の基本と権利擁護についても、分析、改善、評価を実施していきます。

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>パンフレットやホームページには理念を踏まえた目指すべき方向や事業所としての姿勢も記載しており、使命や目指すべき方向、考え方を読み取ることが出来るようになっている。運営方針に職員の行動規範となるような具体的な内容が記載されており、心構え等の唱和を行うことで周知をしている。一方、理念や基本方針についてはわかりやすく説明したr費用の作成や、利用者や家族への周知については改善の余地がみられた。理念や基本方針の周知状況の確認については実施することが確認されなかった。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の中長期計画（2022年4月～2027年3月）の外部分析の中で富士市内の人口と高齢化率の推移などが掲載されており、また、ふじパワフル85計画VIから市内のサービス利用量見込みデータとして令和3～5年、7年、22年を掲載してその推移を把握、分析している。年度毎の資金収支予算書や事業報告書の中で収支や利用実績について記載され、事業概要の部分でもその内容に触れている。また、中長期計画（5年）の中で内部環境の分析を行っている。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>中長期計画の内部環境分析や単年度の事業概要などで課題を明らかにしており、人員体制についても組織図に資格取得者、夜勤、育児短時間、勤務率を記載することで現状の体制の可視化を行っている。経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組については、虐待事案の発</p>		

生に対し、心構えの唱和、見守りカメラの導入、コスト削減に関して使用量の把握、稼働率向上の取り組みとしては入所検討会の頻度を増やすなど、その他にも各種取組を実施している。経営状況や改善すべき課題についての職員への周知については職員アンケートの結果からも改善の余地がみられた。

### 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>中長期計画（2022年4月～2027年3月）にて共通取組みとして記載している。法人理念の具現化や人材確保と育成、特養の満床維持、コスト削減など経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容となっている。数値目標の設定もなされ、評価が出来るような設定にはなっている。中長期計画が単年度計画にて対応している。2022年4月からの中長期計画の大きな変更については現時点で無い。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>中長期計画の共通取組の内容をふまえ、虐待防止と身体拘束廃止、介護力向上など4つの基本方針が設定され、各項目具体的に示されている。基本方針を踏まえ実施計画が記載され、目標に向かって具体的で実現可能な内容となっている。方針、実施計画に加えて各種委員会活動や防災訓練の年間計画なども記載されている。稼働率や空床の際の1週間以内の入所を目標するなどしている。その他、仕事のしやすい職場環境作りとして年2回のヒアリングなど、数値目標を設定しており、実施状況の評価を行える内容となっている。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>各会議には介護、看護、相談員など幅広く参加しており、の現場職員の意見を集約されて反映されている。会議は定例となっており、定期的実施し評価としている。会議等の結果、変更がある場合、周知されている。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入所時に利用者や家族に説明をしており、玄関の見えるところに掲示もすることで周知に努めている。新型コロナ感染症流行により来訪者も減っていることから周知は部分的と評価。新型コロナ感染症流行前は家族会を開いて事業計画の説明を行っていたが、現在は行っていない。事業計画の主にな内容をわかりやすく説明した資料を作成することなど理解しやすいような工夫という点においては改善の余地が見られた。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの質の評価について定められた評価基準にもとづいて、毎年9月から10月に自己評価を行っている。その結果をリーダー会議や各種委員会などで評価し、その結果を事業報告書に記載、共有されている。第三者評価については今年度初の受審となり今回の評価には含めていない。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの質の向上に向けて、定期的開催されるリーダー会議や各種委員会において様々な課題は共有されているが、評価結果の分析は行われておらず、分析した結果にもとづく課題が文章化されていない。</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>&lt;コメント&gt;職務分掌があり、管理者の事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にして</p>		



<p>いる。職務分掌は、職員の表有フォルダに保管してあり、誰でも確認できるようになっているが、管理者としての自らの役割と責任を含む職務分掌等について、組織内の広報誌等に掲載することや会議や研修において表明するなど積極的な周知までは確認できなかった。BCPが作成されており、管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確化されている。</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>	c
<p>&lt;コメント&gt; 安全運転管理者研修、管理者対象の感染症対策講座、身体拘束に関する講座など受講はしてきたが、新型コロナ感染症流行時によりWEB講座含めて受講できていない。また環境への配慮等をふくむ幅広い分野についても法令等の把握や取り組みが確認できなかった。</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>&lt;コメント&gt; 管理者は各種会議に参加したり、会議内で話し合われた内容などを把握し、現状を把握している。把握した課題についてはリーダー会議を通じて職員へ共有したり再度職員の意見を把握反映させるなどしており、改善のための具体的な取組に繋げている。一方で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・分析する体勢は改善の余地があると評価。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>人事、労務、財務等の状況について法人本部への報告は管理者がしており、分析結果の共有もできている。職員の働きやすい環境整備等については令和3年静岡県働きやすい介護事業所認証を取得後、子育てサポート企業としての「くるみん認定」の取得を目指すなど積極的に取り組んでいる。一方で、経営の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ための取組については改善の余地があると評価。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>中長期計画に記載の外国人技能実習生受入れを年度ごと計画して進めている。また、単年度計画に新任、委員会、生活相談員、管理者などと対象別の研修を企画し実施し育成を行っている。採用活動は、高等学校や専門学校新卒者への働きかけと、ハローワーク、県社会福祉人材センターへの求人登録に加えて、新聞折り込みや職員紹介制度の活用を図っている。その他、外国人技能実習生の受け入れも並行して実施しているなど様々な取り組みが確認できたが、専門職（有資格の職員）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画については確認できなかった。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の中期計画において、法人理念、運営理念にならび目指す職員像が具体的に記載されている。人事評価シートを使用して職員の意向などを把握している。人事評価シートには個人の目標を掲げており、職員自ら将来を描くことができるようになっており、それに向けた面談などを実施している。一方で職員処遇の水準について、処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組については不十分と評価。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>相談窓口についての記載が職員玄関に貼っており、誰でも相談ができる仕組みになっている。職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを確認するなど職員の就業状況を把握している。福利厚生はあるが職員の希望の聴取やそれを反映させる部分については確認できなかった。その他、労務管理に関する責任体制の明確化においては改善の余地がみられた。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p>		

<p>中長期計画に「期待する職員像」が明確に記載されており職員の目標となっている。人事評価シートを使い定期的に個別面談でコミュニケーションを図り職員の目標に向けた支援を実施している。職員一人一人が設定した目標について、年度当初、年度末の個別面接において目標達成度の確認を行っている。</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>	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>中長期計画に期待する職員像が明確に記載されており職員の目標となっているが基本方針や計画の中に、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明示したものは確認されなかった。教育や研修については策定されたキャリアパスに基づいて教育研修計画が作成され実施されている。研修計画自体の評価や研修内容、カリキュラムの評価などは確認できなかった。</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>	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等の把握については研修実施後に記入する受講記録等にて把握している。階層別研修ではキャリアパスを元に研修の構築がされている。外部研修に関する情報提供や参加への配慮がなされている一方で新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTについてはその体制や実施について改善の余地がみられた。</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>	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習生受け入れマニュアルが整備されており、受け入れ時には使用しているが実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢の明文化については確認できなかった。指導者に関する研修については、介護福祉士実習指導者講習に参加しており、修了書を確認している。学校側とも実習無いようについて連携し継続的にな連携を維持されていた。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページ上やパンフレットに理念、運営方針など記載、その他、事業計画や報告、予算、決算なども公開されている。「水のかがみ」という季刊誌にて、清流クラブの活動や苦情の内容と対応など記載し広報しているが、第3者評価については今年度初受審ということで評価に含まれず。苦情相談窓口については重要事項説明書に記載している。</p> <p>1ヶ月に1回程度地域が運営している悠容クラブ（地域のサロン）に回る時に来ている方にパンフレット等配っている。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>経理規定を規定していて、事務所に配置しておりPCの共通のフォルダの中に入っている。職務分掌はあるがその周知が不十分。定期的な内部監査と別に外部の税理士法人に監査を実施してもらい、監査結果を経営改善を実施している。今年度については鑑石園については指摘事項がなく取り組まれている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域との関わり方について、基本的な考え方が文書化されていない。活用できる社会資源や地域の情報を収集と共有について、新型コロナウイルス感染症流行前に、福祉祭り（福祉展など）が毎年実施されチラシを配布し1日3人ずつ連れていくことはあったが、新型コロナウイルス感染症流行により行事自体が中止となっている。福祉祭りとは別に神社のお祭りの情報を掲示するなど情報収集と共有により地域との交流に努めている。利用者の個々のニーズにおいては利用者の重度化もあるが買い物については依頼を受け、職員が代わりに買い物に行くことはあるが、一緒に行くなどは実施していない。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティア受入れマニュアルを作成しており、その中で理念や考え方、受入れ時の注意点として明示しているが、地域の学校教育等への協力について基本姿勢は明文化されていない。ボランティア登録手続きについては受入れマニュアルに記載しており名簿で管理している。配置についてはニーズなど確認して担当者が検討して伝える。ボランティアに対して利用者</p>		

との交流を図る視点等で必要な研修については実施されていない。学校教育への協力については以前は依頼があれば受け入れているがコロナ禍により無くなっている。近くの中学校と連携があり、毎年寄付を頂くなどは継続されている。		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>月に1回程度、市内の施設の相談員が集まった生活相談員連絡会がある。相談員が派遣される時に介護保険や保険外サービスなどの情報を提供している。相談の派遣は業務日誌で確認。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の作成については確認ができていなかった。利用者のアフターケアも既存のサービスへつなげることが多く、地域に適切な関係機関・団体がない場合のネットワーク作りまでは至っていない。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>原田悠容クラブ（地域活動）と連携をはかり、健康教室を行っている。年金支給月に原田農協等に出向いて出張相談窓口（市の委託事業）を実施して相談を受けている。高齢者地域支援窓口業務日誌に記載を確認する。相談窓口の広報は施設で作成し、地域の回覧板にて回している。原田悠容クラブの月1回の会合に参加し福祉ニーズ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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域の福祉ニーズにもとづいて、原田悠容クラブにて健康体操を年に1回実施。思いやりデイサービスを月に2回実施している。事業計画において地域に根差した相談窓口のことを明確に位置付けられている。機能訓練指導員が悠容クラブに派遣されており、専門的な情報などが地域に還元されている。その他、福祉避難所の協定書を結んでいる（協定書確認）地域の方の20人分も備蓄しているなど取り組みも確認できた。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>経営理念に利用者一人ひとりに寄り添うことなど明記して共有されている。また鑑石園心構えについて朝礼などで唱和していた。職員倫理規程により具体的に利用者の具体的な人権への配慮が記載され、合わせて行動指針について記載され共有ホルダに入っていて誰でも見られるようになっているほか、入職式に資料として配り周知している。倫理規定に記載された内容が標準書の項目のそれぞれの介護にも反映されている（人権の項目もある）マニュアルとして各フロアのスタッフルームに配置している。身体拘束防止委員会月1回、虐待防止委員会2カ月に1回でサービス提供について不適切なことがあったら共有し改善している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>個人情報保護規定があり規定つづりが事務所にあり、共有のフォルダに保管されているが定期的な研修は実施されていない。規程・マニュアル等にもとづいて、プライバシーに配慮した福祉サービスは実施されている。新型コロナウイルス感染症前は面会の時に個室を用意してプライバシーに配慮して対応していたが現在は玄関での対応。契約書に守秘義務が記載されているが、プライバシー保護や権利擁護に関する取組については周知されていない。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>パンフレットや広報を地域の支援センターやJAなどに置いている。施設のパンフレットには写真などを使いわかりやすい物になっている。利用者に対しては介護保険の冊子の見方を説明（他の特養の特徴について説明している）。パンフレット、重要事項説明書、料金表、広報誌などを活用。重要事項や料金表は変更があった時など適宜見直ししており広報は最新のものを渡している。パンフレットは更新中。見学には対応しているが、体験入所、一日利用等の希望に対応が出来ていない。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>必要時に担当者会議を実施して、サービスの内容については計画書に明示している、本人の代わりに家族が意向を伝えることも実施している。サービス計画書を策定する際に、ご意見をもらう用紙（承認のお願い）にて意向の確認の欄があり確認し返信するなどコミュニケーションを取っている。利用者さんが入所のイメージができるように写真を見もらうように</p>		

工夫している。食事摂取量などその時の情報を渡している。意思決定が困難な利用者への配慮として成年後見人利用の情報提供や利用している方においては成年後見人に確認し実施。		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>アセスメントをもらって、相談員と施設ケアマネと看護師と在宅にいき面会をして、話を聞く。現状の生活スタイルを聞いてできるだけ配慮する。4人部屋なので出来る限りで実施している。できない部分は説明する。退所等の取り扱いについては重要事項説明書に記載しているが、手順や引継ぎ文書は定めていない。福祉サービス終了後の相談について、実際には相談を受けているが利用終了時の担当者や窓口の設置や周知はなされていない。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>10年前には利用者さんと職員の懇談会が開催されて困っていることなど意見を拾うことができたが、参加できる利用者が減ったことなどにより定期的な懇談会は開催されていない。年1回敬老会の時に実施していたが、新型コロナウイルス感染症流行により家族会が開催できなくなった。様々な状況により利用者満足を把握することができていない。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービス第三者委員会が設置されている、重要事項説明書に苦情受付担当者について記載されている。意見箱は各フロアに全4カ所設置している。匿名のアンケートなどは実施していない。苦情受け、経過記録書により保管されている。解決策についても明記されている。苦情については該当者ご家族等には個別電話等で連絡する、全体については個人情報を持って広報誌にて定期的に利用者や家族にフィードバックしている。苦情受け担当者については掲示しているが、仕組みや流れについては掲示されていない。その他の資料も配布していない。</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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者からの相談についてはその日、出勤している職員が相談受ける形になっているが複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書は作成されておらず掲示などもされていない。相談を受ける場合、居室は4人部屋なので食堂で聞くなど環境に配慮している。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ご自分の意見を伝えられない方は、モニタリングや課題整理総括表などにご利用者の相談内容が記載されている。意見箱の設置確認があり、利用者の意向をくみ取って記録に残している。実際利用者より一番風呂対応を希望され対応したことを確認。また食事が美味しくない等の意見があり検討している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>リスクマネジメントに関しては、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。ヒヤリハット及びヒヤリハット集計表があり月次会議で事故分析を行い改善策・再発防止策・予防策の検討・実施・評価を行っている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症対策委員会の設置があり、委員会分担表により役割が確認できた。富士中央病院感染対策看護師との連携で指導（3月4日実施）が行われている。感染症予防のマニュアル及び感染症BCP策定があり、コロナ感染発生による実施記録をもとに振り返り研修を実施している。</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>&lt;コメント&gt;</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ている。施設の実態に合わせ、防災備蓄一覧（7日分）があり、その内容で100名4日分の献立表がある。ガス及び水の備蓄7日分がある。管理者は管理栄養士で備蓄リストの先入れ先出しを行っている。発電機2台設置。避難訓練7日前には消防に訓練計画を提出。訓練実施日には伊豆防災が来所し通報訓練等を行っている。コロナ前は自治会の地域防災訓練参加していた。福祉避難所の指定があり、設備として富士市より無線（アマチュア無線）の支給があり他の指定福祉避難所との状況報告訓練も実施している。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>標準的な実施方法については、ケア専門職としての利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢と、な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などの業務手順が「サービスの質の向上とケアの標準化を実現させるために」と題したマニュアルに記載されているも研修の実施には至っていない。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年2回以上、月次会議や各委員会において PDCA のサイクルに基づいて標準的な実施方法の見直しを行い人事考課にて検証・見直しを行っている。施設サービス計画書の承認のお願いに要望の記載欄あり、反映している。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>アセスメントに基づいた計画の作成、実施、評価・見直しのプロセスが確立している。意向書において家族の意見も収集してアセスメントが行われている。アセスメント及び課題整理総括表によって、個々の利用者の具体的なニーズが明示されている。支援困難・対応困難というほどの事例はないが、毎月のミーティング内容では積極的かつ適切な福祉サービスの提供を確認。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>6ヶ月毎・介護保険更新・入退院・状態変化等、担当者会議にて担当者会議において、多種職連携のもとで具体的な支援や解決方法を検討し看取り介護計画策定している。入院時や看取り対応に即し、変更の仕組みがあるも、入退院や看取りに特化しておりそれ以外の仕組みは確認できなかった。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>&lt;コメント&gt;</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、外国のスタッフ用にIDがあり、そのIDでログインするとひらがなに変換されたり、漢字にルビが振られるなどのアプリがある。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>		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</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。情報開示については、利用者や家族等から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はなされていない事から個人情報保護についての理解状況は十分でない。(平成18年より更新実績なし)</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ケアプランが細かく記載されており、個別機能訓練計画書にてできることや今後も維持できるよう個々の状況に合わせたプランを立てている。更に3ヶ月に1度見直しすることで個々の状態を確認。日々の状態は「ほのぼの」(介護記録)に具体的に記載され、意思疎通が難しい方にも洗濯をたたむなどの役割を持っていただけるよう配慮されている。</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>&lt;コメント&gt;</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>&lt;コメント&gt;</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>「ほのぼの」にてその日の利用者の状態に合わせた丁寧な支援が確認。例えば普段は車椅子を使用しているがご本人の希望でその日は歩行器を利用したなど対応。耳が遠い方はホワイトボードを利用してコミュニケーションを取るようにしている。明け方スタッフの数が少ない時間帯に尊厳に配慮した接遇が徹底できていない状況が時々ある。ただしそれについては高齢者虐待防止委員会にて接遇についての話し合いをし、議事録で不適切ケアについて今後の対応を検討している。議事録等はLINEワークスにて全員が共有できるようになっている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>倫理規定に基づく行動指針にてプライバシーの保護や人権の尊重の記載があり、虐待防止についても委員会などで話し合いがされている。虐待があった場合の通報の手順なども記載があり、取り組みはされていると判断できている。忙しい時の接遇など職員全体で徹底できていない事例がある。虐待チェックシートは作成されているが活用に改善の余地が見られた。権利擁護に関する雑誌を読んでスタッフ全員が感想を書くという研修はされている。</p> <p>※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</p>		

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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設内を確認し、清潔に保たれている状況や職員の元気な挨拶など明るい雰囲気も見受けられた。施設自体が元々自立した方向けであり、現在の利用者に活用するのは難しい状況ありながら、テレビを壁掛けにするなど少しでも広くするなどの工夫もみられた。ご家族の写真やプレゼントなどは居室内に置けるが限られたスペースの中では意向やこれまでの生活を尊重した過ごし方が難しい状況もある。談話室が狭いため、工作活動をしたいという意向が把握確認されたが、談話室は狭い為、食堂や廊下を使うなど限られた設備の中で上手く工夫はされていた。様々な取組はされているが環境等への配慮においてさらなる改善の余地があると評価。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス担当者会議で入浴の希望などについては確認、利用者の心身の状況や意向を踏まえ、入浴形態や方法を検討・確認し、入浴支援を行っている。乾癬の方は毎日入浴するなど感染症にも配慮されている。また受診などで外出した場合は翌日など臨機応変に対応するなど確認できた。入浴表を作成し職員間で共有もできている。利用者の意向に関しては一番風呂に入りたいなどの要望に対して対応するなどしている。一方、利用者の入浴状況の把握については実施が確認できなかった。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>トイレ内は広く、清潔に保たれていた。オムツ交換やトイレ誘導は個別に対応していることが介護記録「ほのぼの」で確認できました。例えば排尿3分後に便意をうったえた方に対しても再度トイレ誘導をするなど状況に合わせて柔軟に対応。1~2時間おきにトイレのうったえがある方にも対応している。一方で自立のための働きかけについては排泄マニュアル内の記載も含めて具体的な取組が確認ができず改善の余地が見られた。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者が移動しやすいように安全に移動の介助を実施するための取組についてはスタッフ個別の対応が中心で、施設内での具体的な取り組みは確認できなかった。個別機能訓練計画のプログラム内容に動作項目、立位動作や車いす操作などが記入され、利用者の心身の状況に合わせて利用がされているとともに自立に向けた働きかけが確認された。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>衛生管理の体制もありマニュアルにもとづき衛生管理が行われている。献立は、メニューのバラエティも多く、彩りのよい料理が想像できる内容となっている。おいしく食べられる配慮が確認できた。食事中はオルゴール調の音楽を流して雰囲気作りをしている。入居者は重度者が多く食事についても要介助者も多いため、選択メニューは取り入れることが難しい状況があるが、年に数回バイキングや選択メニューは実施されています。できる範囲での工夫は見られるが、食事の選択については改善の余地があると評価。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の心身の状況、嚥下能力に配慮した食事作りと提供方法を実施。また、定期的な会議等にて食事提供、支援、介助方法についても検討見直しをしている。利用者それぞれに栄養</p>		

<p>ケア計画が策定され、計画に基づいて栄養ケアマネジメントを実施している。直近でも誤嚥、誤飲の事故の具体的数など把握して分析をおこない事故防止に努めるなど積極的な取り組みも確認された。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;          歯科衛生士による口腔ケア計画と評価表の記載の他、課題整理総括表に口腔ケアに関して特記事項が記載が確認された。指導記録や介護職員から歯科衛生士への報告内容も介護記録「ほのぼの」に記録されていた。口腔ケアに関するマニュアルもあったが、口腔ケアに関する研修がされていないため十分ではないと判断。今後口腔ケア加算の算定に伴い、歯科衛生士による研修を実施する予定ということだが今回の評価に含めていない。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;          褥瘡予防マニュアルがしっかりと整備されており、マニュアルにもとづく内部研修も実施されている。(記録を確認)。加えて褥瘡予防のための体位交換表がベッド枕元に掲示され、適切な予防を周知されている。その他にも YouTube 動画にて情報収集と研修を行っているも褥瘡予防に繋がる福祉用具等の機器や介助方法など最新の情報を取り入れているとまで判断できなかった。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;          基本的に介護職員は喀痰吸引等は実施しておらず、医師の指示のもと主に看護師が実施している。安全管理体制についても看護師が中心となり構築されている。職員研修や個別指導等は確認できず。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;          個別計画にて入所中も友人と手紙のやりとりで交流したいという方の希望が記載され、それらが実施できるように取り組んでいる。利用者の生活の維持や介護予防に主体的に取り組むための支援がされている。連絡票により医師との連携体制はできており、医師への報告はしているが、判断能力の低下や認知症の変化を早期発見するための方策については具体的な内容は確認できなかった。</p>		
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>&lt;コメント&gt;          各フロアに鑑石園心構えと鑑石園職員信条を掲示、支持的、受容的な関り・態度が記載されている。否定しない等の基本的な事は行っており、ミーティングの中で話し合い記録している。ほのぼの介護システムの中に「以前よりも大きな声を出さなくなり落ち着いてきてい</p>		

<p>る」との表記あり、症状の改善に向けたケアについての取組も確認できた。食堂は狭くレク等は談話室を改修したり、廊下にテーブルを設置して個人が興味あることを行える空間を配置するなどしており、個人あるいはグループで継続的に活動できるように工夫が見られた。また、食事量の減少に対して器の色が関係しているとの多職種協議で検討し、色を変えることで食事量が増加したなどの事例もあり。認知症の行動、心理症状について検討して対応する体勢も確認できたが分析した内容など文書化されておらず確認ができなかった。</p>		
<p>A-3-(7) 急変時の対応</p>		
A17	<p>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。</p>	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>体調変化等に対応できるようにマニュアルがあり、感染対策やノロウイルス、怪我の応急処置研修を適宜行っていることを報告書で確認。様々な研修は実施しているが、その中で薬の効果や副作用等の研修については確認ができなかった。日々の利用者の健康管理は看護師等を中心に行っており服薬確認も行っている。記録もとっている。感染症や緊急時の対応のフローがあり、ラインワークスにて職員に共有されている。内服管理マニュアル、処方薬の薬情報が介護システムほのぼのの中で確認できた。</p>		
<p>A-3-(8) 終末期の対応</p>		
A18	<p>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。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ターミナルケアマニュアルがあり、その中に終末期を迎えた場合の対応について方針と手順が整理されている。看取り同意書があり担当者会議の要点で説明と意向確認をされていることがケア記録でも確認できた。医師や医療機関とも連携がとれている。終末期ケアの内部研修も実施され、動画研修についてもラインワークスにて職員に周知されている。看取りの振り返りについても実施しており、意見や改善点を話し合っていることが職員の精神的ケアに繋がっていると評価。</p>		

## 評価対象 A-4 家族等との連携

		第三者評価結果
<p>A-4-(1) 家族等との連携</p>		
A19	<p>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。</p>	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月の請求書に当月の様子を記載写真付きで状況報告するとともに必要時に電話連絡も行っている。ケアプランの変更等の案内に要望を記載できる箇所があり、文章で回答をもらい記載。以前は敬老会の後に家族会を開催し利用者と家族の繋がりの機会を確保していたが、新型コロナウイルス感染症の流行により現在は行っておらず別の方法も実施されていない。</p>		

## 評価対象 A-5 サービス提供体制

		第三者評価結果
<p>A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制</p>		
A20	<p>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</p>	特養非該当

	ている。	
<コメント>		