

福祉サービス第三者評価結果表

① 第三者評価機関名

株式会社 福祉工房

② 施設・事業所情報

名称：特別養護老人ホーム 山静寿		種別：特別養護老人ホーム		
代表者氏名：施設長 月澤浩一		定員（利用人数）：100名		
所在地：山形県山形市大字沼木字下河原 1133-1				
TEL：023-646-3410		ホームページ： https://www.yamagata-saiseikai.org/sanseijyu-t/		
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：平成23年4月11日				
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 恩賜財団 済生会支部山形県済生会				
職員数	常勤職員：65名	非常勤職員	12名	
専門職員	施設長	1名	医師	3名
	サービス管理責任者	1名	歯科衛生士	1名
	生活相談員	3名	介護職員	6名
	介護職員	47名		
	看護職員	5名		
	管理栄養士	1名		
	機能訓練指導員	1名		
	介護支援専門員	1名		
施設・設備 の概要	【ユニット数】10 ユニット (1階2ユニット 2・3階にそれぞれ4ユニット)		【ユニット部】リビング、キッチン 洗面所、介護材料室、トイレ、衛生室 介護ステーション 浴室（一般浴・中間浴、1階のみ）	
	【居室数】100室 (1人部屋、面積13.68㎡)		【共用部】介護浴室（一般浴、中間浴、 特浴）医務室、厨房、洗濯乾燥室、事務室他	

③ 理念・基本方針

<p>理念：「入居者一人ひとりの生活習慣や好みを尊重し、今までの暮らしが継続できるように支援すること」そして「もう一つのわが家」を目指す。</p> <p>基本方針：ハートフル（豊かな心）・・・幸せにするという四葉のクローバー</p> <p>①『愛（思いやり）』とは、相手を思いあうことにより生まれるもの。つまり利用者と職員間であったり、また利用者同士の生活をおくるにあたり、私たちは支援に必要な位置づけとしています。</p>
--

- ②『願い（生きがい）』とは、最後の最後まで人生を全うするには「生きがい」というものは不可欠であり、私たちは希望や要望の願いを支援できる施設を目指します。
- ③『支え合い（協調）』とは、人はひとりでは生きていけないものであり、相手を思いやりながら、生活をおくるにあたり互いに支え合うことを支援していきます。これはご利用者同士、職員同士双方のことを意味します。
- ④『共生（平等）』とは、これまで生きてきた人生や個性はありのままその人のものです。それは誰からも差別されるものではなく、私たちはその人、個人を受容し尊重しながら共に生活を送り、地域の中で生きていくことを支援していきます。

④施設・事業所の特徴的な取組

ユニット型特別養護老人ホームとして、入居者様をご自分の住まいと思えるような環境を整え、これまでに送ってきた暮らしと変わらない暮らしを追求し、24時間の暮らしを保障できる仕組みを作り、そのために必要な職員体制を確保し業務に取り組んでいます。経営面では、事業状況をSWOT分析し「施設→部署→個人」の順で年度計画を立て、定期的に進捗状況を確認しながら業務を進めています。また、タブレットや眠りスキャンなどのICT機器を活用し業務の効率化による生産性の向上に努めています。

地域貢献活動として、刑余者の社会貢献活動の受け入れや障がい者施設の生産品を施設内で購入し生活困窮者の支援を行っています。また、地区内介護保険事業所と地区町内会が協働して進める地域づくり（通称：おらっちょプロジェクト）に参加し、地域との連携強化に努めています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和5年6月1日（契約日） ～ 令和5年9月27日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2回（令和元年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

○利用者の快適な生活への取り組み

施設では利用者に快適な生活を提供するために、様々な工夫が行われています。24時間シートを使用して利用者の生活リズムを把握し、個々の利用者に適した支援を提供しています。さらに、利用者の希望やニーズに基づいて、多彩なレクリエーション活動が提供されています。囲碁、将棋、オセロ、麻雀などのボードゲームや輪投げなどの運動、そして季節ごとの行事など、多様な活動が充実しています。これにより、利用者は自分の興味に合った活動を楽しむことができ、充実感のある日々を過ごすことができます。また、「眠りスキャン」を導入し、利用者が快適な睡眠を確保できるような取り組みも行っています。施設内の生活環境も快適さに配慮されており、居室ごとに調節可能な冷暖房設備、暖房が設けられた脱衣室、中庭を望む窓から差し込む明るい光があふれる食堂など、利用者が一日を満喫できる環境が整備されています。

○施設の現状の課題解決と将来を見据えた経営

現状における施設を取り巻くコロナによる影響、水道光熱費や諸資源の高騰、職員の確保などの課題や、将来における利用者数の減少に伴う稼働率の低下や、施設設備の老朽化などの諸問題について内容を認識し、必要な対策を検討しています。現在、職員と協力し、部門ごとに財務や顧客の視点から目標を設定し、具体的な取り組みを計画して実行しています。この過程で、課題と将来の問題に対処するために施設長は方針を明確にし、職員への周知を徹底するために複数回の施設長研修を開催し、説明を行っています。現状の課題と将来における問題への対応を職員と一体となって取り組んでいる状態がうかがえます。

◇改善を求められる点

○標準的な実施方法としての支援マニュアルの整理

支援に関する規定やマニュアルは、主にPC内で管理されています。しかし、過去のバージョンと最新のバージョンが混在していたり、必要な情報を迅速に取り出せる状態になっていないことがあり、緊急の場合に必要な情報が迅速に参照できない恐れがあります。規定やマニュアルは常に最新の状態に保つ必要があり、それぞれの分野ごとに整理し、ファイルするなど、常に必要ときに迅速に参照できるように整備することが期待されます。

○利用者と家族との面会

新型コロナウイルスの影響で、ボランティア活動や外部の訪問が制限されている中、利用者は家族との面会を楽しみにしています。しかし、現在の制約により、面会回数や場所に制限があり、利用者は減圧ブースでの面会しかできません。減圧ブースではビニールのカーテン越しの会話となり、声が聞きづらいため、利用者からはせつかく来てもらったにもかかわらず、十分に楽しむことが難しいとの声が複数寄せられています。コロナ禍における制約がある一方で、利用者の楽しみを確保するためにも何らかの可能な対応策を検討していくことも期待されます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

令和元年の受審以来4年ぶりの受審になりますが、審査は前回よりも厳しさが増していると思いました。それぞれの施設が、日々「質の向上」に努力していることで、年々掘り下げたサーベイが必要になってくるのですが、コロナ禍であっても施設では努力しているものの、評価には結びつかなかったところは非常に残念です。最も難しい課題は、災害時におけるライフラインの確保になりますが、改善するには莫大な費用がかかりますので、長期的な視野で検討を進めて参ります。その他、全入居者まで落とし込んでの理念や基本方針・事業計画の説明については、「どのようなやり方が適切であるか」職員間で方法を考えたいと思います。まずは、投書箱の設置場所やマニュアルの修正など、直ちに改善できる箇所から取り組み質の向上を図って参ります。

⑧評価細目の第三者評価結果

別紙のとおり

(別紙)

福祉サービス第三者評価結果票 【高齢者福祉サービス版（特別養護老人ホーム版）】

※ すべての評価項目（62項目）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。

※ 評価項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。

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。	a・ 1 ・c
<コメント> 済生会本部の理念をもとに、山形県支部としての理念を策定し、さらにそれを基に施設としての理念及び基本方針を掲げています。これらの理念は、施設のウェブサイトやパンフレットに記載されています。また、毎年4月には職員が全員必ず聞けるように、施設長研修を1回につき1時間の合計10回に分けて行い、施設の理念や運営方針を詳細に説明しています。これにより、全職員が共通の理解を持ち、一貫したサービス提供が行えるように取り組んでいます。また、家族への説明については、新型コロナウイルスの影響により家族会が開催できない状況であり、書面による説明を作成し、送付しています。現在は利用者への説明は行われていませんが、今後は、利用者の方々にも理解しやすく工夫して伝えていくことが期待されます。		

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 事業経営を取り巻く環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	2 ・b・c
<コメント> 施設長は、法人内の会議や行政関連の会議に参加することで、社会全体の経済動向、福祉環境、地域の状況についての的確に把握しています。この情報は中期計画書や事業計画書に詳細に記載され、また職員への期初の施設長研修の資料として提供されています。こうした取り組みにより、職員は社会環境に関する正確な情報を受け取り、理解を深めることができます。さらに、施設長は毎週リーダーを対象に経営報告会を開催し、変化する環境に関する報告が行われ、その情報が全職員に適切に伝達される仕組みが整えられています。これにより、職員は組織内外の変化に迅速に対応することができるようサポートされています。施設長のこのような行動は、組織全体の透明性とコミュニケーションを高め、職員の協力と理解を促進する役割を果たしています。		

3	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>現在の施設を取り巻く環境において、施設長は適切に課題を把握しており、直近では物価の上昇や特に電気料金の高騰による事業運営への圧迫、またコロナ禍による利用者や家族へのサービスの制約、職員の負担増などの課題に取り組んでいます。更に、将来的な展望も考慮し、人口減少に伴う利用者数の減少などの課題に対する対策を策定し、実行しています。これらの課題に対する取り組みは、現状における対応だけでなく、将来の展望に向けた戦略的なアプローチも含まれています。具体的な対応策は、事業計画や中期計画として詳細に盛り込まれ、それに基づいた運営が行われています。</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。		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>法人全体の中期計画を基に、施設独自の中期計画を策定しており、課題とされるポイントを明確に把握し、それに対する具体的な対策と基本方針の実現に向けた取り組みを示しています。昨年末には施設の幹部職員とともに、事業所のSWOT分析を実施し、施設内の課題を確認し、具体的な取り組みを計画しています。また、中期計画は取り組みの進捗状況を確認し、必要に応じて計画を見直すプロセスも取り入れています。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画は、中期計画と密接に連動して策定されており、各部門の財務、顧客、介護・支援の質などの視点を考慮して、重点的な目標や行動計画、目標値が経営会議にて話し合われ、設定されています。これらの計画は法人理事会で承認を受けた後、施設長によって職員に説明されています。事業計画は、それぞれの視点ごとに詳細に作成され、具体的な行動計画と目標値が設定されています。これにより、職員が計画内容を理解しやすく、年度ごとの行動計画を効果的に立案できる環境が整えられています。</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。	㉗・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画は法人の日程に基づいて策定され、年間を通じたスケジュールに従って進められています。毎年1月には、部門ごとの計画が立案され、施設全体の計画が法人理事会に提出され、承認を得た後、施設長が全職員に向けた説明文書を作成・配布し、会議でも詳細な説明が行われています。事業計画の進捗状況は、各部門で四半期ごと確認が行われ、必要に応じて見直しが行われています。これにより、計画の達成度や状況に合わせた調整が可能となり、計画の遂行をより効果的にしています。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a ㉗・c
<p><コメント></p> <p>従来は、家族会などの場で事業計画の内容を家族に説明していましたが、現在は新型コロナウイルスの影響により、家族会が中止されており、代わりに家族へ資料を配布する形になっています。また、利用者へは月々の行事予定が各ユニットに掲示されていますが、事業計画の概要に関する説明は行われていません。今後は、事業計画の概要について要点の抜粋など工夫を行い、利用者や家族に対して、より理解しやすい方法で伝えることが期待されます。</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	㉗・b・c
<p><コメント></p> <p>毎年、利用者の満足度調査を定期的実施しており、家族のアンケートと利用者自身からの聞き取りを行っています。利用者自身からの聞き取りに関しては、担当の職員ではなく、利用者との接点のない、他のユニットの職員により実施されています。これにより、利用者が遠慮せずに率直な意見を述べる環境が提供されています。家族アンケートと利用者の意見は、生活向上検討委員会で詳しく話し合われ、必要な改善策が検討されています。この委員会を通じて、利用者や家族の声をしっかりと反映させ、サービスの質の向上や改善に取り組んでいます。</p>		
9	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。	㉗・b・c
<p><コメント></p> <p>満足度調査や職員との面談などから浮かび上がる課題は、事業計画に記載され、各部門の年次計画として取り組まれ、改善を実現するための具体的な取り組みやスケジュールが計画されています。さらに、これらの取り組みの進捗状況は定期的確認されています。こうしたアプローチによって、利用者や職員からのフィードバックを基に課題を明確にし、具体的な解決策を策定し、計画的な改善活動が展開されています。</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。		
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・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、毎年の年度初めに、年度の方針が記載された資料を全職員に配布しています。また、職員のシフトや休暇などを考慮し、できるだけ全職員が参加できるように、施設長研修を複数回に分けて開催しています。この研修を通じて、施設長自身が全職員に対して方針や計画の重要性を説明し、全職員に対する周知を行っています。このアプローチにより、施設長が組織全体に対する方針や情報を適切に伝え、職員の理解を得ることができています。</p>		
11	Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、法人本部のコンプライアンス研修に参加し、自らも法人の副法令遵守責任者としての役割を果たしています。また、職員に対してもコンプライアンスに関する研修を施設長研修などで実施しています。さらに、職員が虐待などの問題を発見した場合のために、内部通報制度を充実させており、法人支部や本部に直接通報できる仕組みを構築しています。このような取り組みによって、職員が問題を早期に報告しやすい環境が整えられ、組織全体の透明性と信頼性が向上しています。</p>		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、支援の質を確認するために、定期的に家族アンケートや利用者アンケートを実施しています。改善が必要とされる事項に関しては、事業計画書などに記載され、具体的な改善計画が策定され実施されています。また、各部門の事業計画にも顧客の視点を取り入れ、質の向上に向けた具体的な取り組みや実施計画、日程が設定されています。さらに、一部では行われてはいますが、職員の自己評価を通じて、個々の成長やスキル向上を支援し、組織全体のパフォーマンス向上に寄与するためにも、職員による自己評価などを定期的にも実施することも期待されます。</p>		

13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>施設の財務状況については、管理運営会議などを通じて各部門のリーダーに報告され、各部門では財務状況の改善を目指した取り組みの目標を設定し、積極的に活動しています。また、施設長は全職員と個別面談を行い、職員の意向や職場環境に関する話を聞いて、職員が働きやすい職場環境の整備を目指し、組織全体のモチベーション向上を図っています。</p>		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>各部門内での必要な人員計画が作成され、現在の状況では計画に対して充足している状態です。正職員は毎年法人支部での採用が行われており、臨時職員は施設内で採用が行われています。以前は年間約10名の退職者が出ていた時期もありましたが、その後は全職員との面談や各職場での人間関係を含む環境改善を実施することで、定着率を向上させる取り組みが行われました。その結果、現在は定着状況が良好な状態となっており、この取り組みを現在も継続して行っています。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>職員の人事評価制度が導入されており、昇格基準が明確に定められ、毎年の人事評価が行われています。職員の年度目標の達成度に基づいて面談が実施され、上司による評価が行われ、その結果が昇格や昇任に反映されています。ただし、現時点では賞与や昇給への反映は行われていない状況です。この評価制度は法人全体での取り組みとなっていますが、今後は昇給や賞与への反映も実現されることが期待されます。昇格や昇任の評価に加えて、職員の成果や貢献度を賃金面にも反映させることは、職員のモチベーション向上やパフォーマンス向上を促進し、組織全体の成果にも寄与する可能性があります。このような方向性を考え、給与面における反映を検討されることが期待されます。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>職員の働きやすい職場環境の整備は積極的に取り組まれており、職員と施設長との個別面談を通じて職員の意向確認や相談が行われています。さらに、家庭の事情を考慮したシフト調整なども実施されており、職員のワークライフバランスの向上も配慮されています。また、メンタルヘルスへの取り組みや法人全体での福利厚生制度も充実しており、職員の健康と充実感をサポートする環境が整えられています。一方で、新型コロナウイルスの影響により、職員の負荷が大きくなっている状況もあり、有給休暇の取得率は制度上の最低年5日は確保されているものの、消化が不足していることもあります。今後は、コロナ後の状況に対応して、有給休暇の消化促進策を考えるなど、職員の健康とモチベーションを維持しつつ、より良い職場環境を維持していくための取り組みが期待されます。</p>		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人支部の能力評価基準表には、各職種に対する求められる職員像が詳細に記載されており、さらに施設として倫理規定が策定されています。これによって、職員としての適切な支援姿勢や行動が明確に示されています。また、施設の方針を基にして、各職員は毎年目標を設定し、半期ごとに上司との面談を通じて進捗状況が評価され、必要なアドバイスや指導が行われています。これにより、職員は自身の役割と目標を明確に理解し、定期的なフィードバックとコミュニケーションを通じて成長する機会を得ることができています。</p>		
18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>施設内に研修委員会が設けられており、期初には年間の研修計画が策定され、その計画に沿った研修が実施されています。また、必要に応じて研修内容について検討が行われ、適宜見直しが行われています。山形県社会福祉協議会や老人福祉施設協議会、介護労働安定センターなどによる外部研修に加えて、お茶の水学院によるオンラインケアサービス関連の研修も取り組まれています。こうした研修活動により、職員の専門的なスキル向上や知識の拡充を支援しています。</p>		

19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	㉗・b・c
<p><コメント></p> <p>各職員の資格や受講した研修に関する記録が管理され、必要な研修が実施されているかどうかを確認できる体制が整備されています。外部研修については回覧での案内、専門研修に関しては上司からの案内が行われるなど、情報提供の仕組みが確立されています。また、臨時職員に対しても必要な研修の案内が行われています。専門職研修や階層別研修などの研修プログラムも実施されており、職員の専門性向上やスキルアップを支援しています。新人研修では、施設への配属後に上司による段階的な指導が行われ、新入職員のスムーズな導入や育成が図られています。</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。		
20	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a・㉗・c
<p><コメント></p> <p>実習生の受け入れに関するマニュアルが整備されており、毎年看護や介護に関連する分野の実習生を受け入れています。指導者研修を受けた職員によって、指導プログラムに基づいた指導が行われ、学校の教員による巡回や実習内容に関する学校との調整も適切に行われています。実習生の受け入れにあたっては、利用者の入所時に家族などに対して実習生の受け入れについて説明されていますが、さらにその受け入れの意義や目的、将来の介護職員の育成への貢献なども詳しく伝えていくことが期待されます。</p>		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a・㉗・c
<p><コメント></p> <p>ホームページには、施設の概要や活動内容が詳しく掲載されており、法人全体の財務状況も公開されています。また、施設自体の財務状況に関する情報は、広報誌を通じて広く提供されています。満足度調査の結果は家族に対して適切なフィードバックが行われており、定期的に発行される広報誌は施設の取組や利用者の状況などを紹介しており、地域の公民館や居宅支援事業所などにも配布されています。さらに、地域の人々に施設の取り組みや活動内容を広く知ってもらい、地域との連携を強化し、施設の存在感を高めるためにも、地元の町内会への広報誌の配布や回覧を行うなど、地域社会への情報発信をより積極的に行っていくことも期待されます。</p>		
22	Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	㉗・b・c
<p><コメント></p> <p>施設内での経理や業務は、法人の規定に基づいて遂行されており、法人支部から年2回の監査と外部会計事務所による監査が行われています。監査においては直近で指摘された事項はありませんが、指摘事項があればそれを公表し、改善計画の策定と実施を行う方針となっています。</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>地域との交流が積極的に行われ、以前は施設での行事に地域の方を招待し、また、地域の行事への利用者の参加や地域の保育園児の訪問などが行われていましたが、新型コロナウイルスの発生に伴い、交流活動を縮小せざるを得なくなっていました。利用者には代替策としてコミュニティセンターや関係機関の情報を提供し、個別利用をお願いする状況となっています。中期事業計画において、地域との関わり方について記述されているものの、法人全体での取り組みが主体であり、施設の計画に多くは触れられていません。施設の目指す方向をより明確にしていくためにも、中期計画に明確に記載していくことが期待されます。</p>		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>ボランティア受け入れマニュアルが整備されており、ボランティア受け入れに関する基本姿勢が明確に示されています。現在、26の団体および個人のボランティアが登録されており、以前は毎月定期的に来所し、歌や踊り、清掃、傾聴などの活動が行われていましたが、新型コロナウイルスの影響により、現在はボランティアの来所が制限されています。コロナ後もボランティアとの関係を維持できるよう、施設の広報誌を送付するなどの取り組みが行われています。また、学校教育への協力として、近隣の小学校の児童の社会科見学も受け入れてはいますが、これも新型コロナウイルスの影響により訪問が玄関までに制限されています。ボランティアとの関係を維持し、学校教育への協力を続けるための取り組みが行われており、この取り組みを当面継続していくことが期待されます。</p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>施設が関連する社会資源は一覧表にまとめられ、その情報が職員に周知されています。隣接する特別養護老人ホームにある地域包括支援センターや地区の民生委員協議会との連携、さらには法人として運営する医療機関や地域のクリニックなどとの連携も積極的に行われており、行政や保健所などとも必要に応じて連携できる関係が構築されています。</p>		

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>施設は、隣接する特別養護老人ホームにある地域包括支援センターが主催する介護保険サービス事業所連絡会と地区町内会が協働して進める地域づくり（通称おらっちょプロジェクト）や地域交流サロンに参加し、福祉に関する知識や情報の共有、連携体制の構築などについて協議しています。この取り組みにより、地域における福祉に関するさまざまな問題や課題について話し合いが行われ、地域の福祉環境に関する情報を得ることができています。</p>		
27	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。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>施設は地域での防災に対する準備を進める一環として、村山地区特別養護老人ホーム等災害時施設相互応援協定に参加し、災害時における相互協力体制を整備しています。この協定により、災害発生時において施設同士が支援し合うことで、利用者や職員の安全確保、必要なサービスの提供を円滑に行うことを目的としています。さらに、地域の障害者就労支援事業所への協力として、施設内に「おやつボックス」を設置し、障害者の活動を支援しており、こういった支援を通して、地域社会との連携強化や障害者の社会参加の促進に取り組んでいます。また、法人全体として「なでしこプラン」により、保護観察対象者の受け入れを施設でも行っており、対象者の社会復帰支援に向けた公益的な取り組みを行っています。</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。		
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。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>施設としての基本方針は、個人の受容と尊重を重要視しており、この理念を基盤にした職員への継続的な理念研修が実施されています。また、新入社員に対しても事業所の理念に関する教育が提供されています。この姿勢は、事業所内で策定された様々な支援マニュアルにも貫かれています。</p>		

29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>プライバシー保護に関する規定は、具体的な事例を元に、プライバシー侵害のケースを明確に示しています。また、倫理綱領には利用者のプライバシー保護に関する項目も詳細に記載されています。プライバシー保護に関する規定は、具体例だけでなく、職員が適切な意識を持ち、実践できるようにしていくためにも、プライバシー保護の基本的な概念や原則も説明して行くことが期待されます。</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。		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>パンフレットは、事業所の設備状況や活動内容など写真を交えて詳細に記載しており、居宅介護事業所や医療機関などに設置されています。ただし、現在のコロナの影響により、見学や体験利用の実施は中止されています。それに代わり、入所希望者に対しては職員が写真を使用して詳細な説明を行っています。コロナ禍の終息後は、見学や体験利用などの再開が期待されます。</p>		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用開始の際には、重要事項説明書および契約書に加えて、「入居のご案内」という資料を使用して詳細な説明を行っています。「入居のご案内」には、イラストを交えて入居に伴う手続きやルール、施設内での生活に関するポイントなど、入居に関する重要な情報がわかりやすく記載されています。</p>		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>他施設、医療機関、家庭への変更にあたり、変更先への必要な情報提供を行うための資料を提供しています。これに加えて、退所後にも相談を受け付ける枠組みを整え、利用者が安心して新たな環境へ移行できるよう支援しています。さらに、退所後の相談に関する窓口の情報を資料に含めて記載しておくことも期待されます。</p>		

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>生活向上検討委員会が中心となり、毎年利用者および家族に向けたアンケートを実施しています。このアンケートの結果を元に、利用者の生活の質を向上させるため、生活向上検討委員会を開催して、支援の課題を明らかにし、必要な改善を行っています。コロナ以前はアンケート結果が家族会で報告されていましたが、現在はコロナの影響により家族会が中止されているため、全ての家族にアンケート結果及び改善への対応策を記載した資料を郵送しています。</p>		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>苦情対応マニュアルを策定し、苦情に対する適切な対応を確立しています。重要事項説明書には、苦情の受付窓口、解決責任者、第三者委員に関する情報が記載され、入居時に詳しく説明されます。さらに、体制を明示した資料が施設の玄関に掲示されています。苦情に対する措置に関しては、申し出た利用者や家族への適切な報告を随時行うこととし、苦情が解決された際には、申し出た利用者や家族の同意を得た上で、その解決結果を公表することとしています。これにより、透明性を保ちつつ、苦情対応の過程と結果を関係者に適切に伝えることとしています。苦情内容に関しては、生活向上検討委員会によって検討され、必要な改善策が追加される仕組みが確立されています。</p>		
35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a・㉓・c
<p><コメント></p> <p>入居のしおりには、利用者や家族が相談や意見を持つ場合、どの職員にでも気軽に相談できることが明記されています。必要に応じて、専用の相談室を利用して、静かな環境で会話ができるように整備されています。重要事項説明書では、相談に関しても苦情受付窓口が申し入れ先として記載され、入居のしおりと異なる表記になっています。これに関して、一部文面の変更を検討していくことも期待されます。</p>		

36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a ㊦・c
<p><コメント></p> <p>職員は日常の業務において、利用者や家族とのコミュニケーションに十分に配慮し、利用者との関係をより信頼性の高いものとするために、専任担当制度を導入しています。この取り組みにより、利用者との信頼関係の構築に効果が上がっています。また、利用者の意見を収集しやすくするため、満足度調査のアンケートに加えて、各フロアに意見箱を設置しています。家族用の意見箱も1階に設置されていますが、現在の状況ではコロナの影響により面会ブースでの面会となっており、意見箱に意見を入れることが難しい状況です。家族からの意見をより効果的に収集するために、1階の意見箱の設置場所について検討していくことが期待されます。</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。		
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。	㉗・b・c
<p><コメント></p> <p>事故対応マニュアル（安全対策室業務指針）が整備されており、施設内で発生するヒヤリハットはPCシステムに記録されています。即時の対応が必要な事案を除いて、1か月ごとにリスクマネジメント委員会が開催され、定期的にヒヤリハットを集約し、リスク評価と対策の検討を行い、繰り返し発生するリスクの特定や予防策の改善が進められ、施設内の安全性向上を図っています。職員にはリスクマネジメント研修が提供され、適切な知識とスキルの提供を通じて事故の発生を未然に防ぐ対策が実施されています。</p>		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	㉗・b・c
<p><コメント></p> <p>感染症対策マニュアルが策定され、職員には定期的に系列病院の専任看護師を講師として招き、最新の感染症情報や対策方法を提供するための研修を実施しています。また、褥瘡・感染症予防対策委員会が設置されており、最新のガイドラインや施設内の状況変化に応じてマニュアルの見直しを行い、感染症対策の迅速な適用と改善に取り組んでいます。</p>		

39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的にしている。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>災害対策マニュアルおよびBCPマニュアルが策定され、施設内での災害時の対応体制と事業継続のための対策が明確に定められています。また、地域の安全確保の一環として、村山地区特別養護老人ホーム等災害時施設相互応援協定に参加し、災害時の備えを整えています。食料や必要資材の備蓄も実施され、定期的な入れ替えが、指定された管理者によって適切に行われています。地域防災マップにおいて、施設の位置が浸水地域に該当することが確認されているため、水害時には垂直避難を実施することが計画されていますが、垂直避難した場合の日常生活環境を維持するためには電源等ライフラインの確保が重要な課題となっています。災害時においても、安全で健康な環境を維持しながら、利用者の生活を支えるための対策を今後も継続して検討し、実現していくことが期待されます。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a・㉔・c
<p><コメント></p> <p>施設内における標準的な支援方法に関する情報は、必要な支援マニュアルがPC内に整備されています。職員は必要な際にいつでもアクセス可能な状態となっています。高齢者虐待や身体拘束に関するチェック表も含まれており、利用者の権利擁護に対する姿勢も明確に示されています。支援マニュアルは、職員が適切な支援を行うため必要な情報にアクセスできる環境を整えています。一方、新旧のマニュアルが混在し、また、分類が整理されていないケースも見受けられます。必要とするときに迅速に参照できるように、PC内のマニュアルの整理と分類等、改善を行っていくことが期待されます。</p>		
41	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>マニュアル類はケアカンファレンスやユニット会議において定期的に実際の適用状況や問題点について議論され、改善点が洗い出され、内容の見直しが行われています。さらに入居者の意見や要望を3か月ごとに収集し、管理運営委員会で精査され、必要に応じて改訂されています。改訂内容は副主任を通じて各ユニットに伝達されています。</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。		
42	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。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>新たに入居される利用者の生活歴や身体状況、生活状況、および希望に関する情報を十分に確認し、アセスメントシートに詳細に記載しています。サービス実施計画書の作成に際しては、利用者の健康管理や食事内容、リハビリテーションプランなどを総合的に考慮したプランを作成するために、担当職員に加えて、看護師、栄養士、療法士など、必要に応じて専門職も参加し、包括的な計画を策定しています。</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。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>福祉サービス実施計画書は、認定のタイミングに応じて、最長でも3か月後に初回の見直しを行います。その後は、5か月ごとに定期的な見直しを実施して、利用者の変化するニーズに迅速に対応し、質の高い支援を提供できる体制を整えています。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>従来は紙ベースでの手書きによる記録であったものを、職員の負担軽減及び記録の正確性、情報の共有化などを目的としてICT化を図り、現在は介護システムを活用し、各ユニットではPCやタブレットを用いて情報の入力が行われています。入力された情報は施設内のオンラインプラットフォームを通じて職員間で共有されています。新入職員には入力方法についての説明が行われ、その後も必要に応じて指導が提供されています。</p>		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a・㉔・c
<p><コメント></p> <p>個人情報保護規定が策定され、利用者の記録に関する保管、廃棄、提供などの手続きが明確に規定されています。文書取り扱い主任および取り扱い担当者が指名され、職員は入社時に個人情報保護に関する誓約書を提出することが求められています。さらに、職員が個人情報保護に関する最新の法律や規制を理解し、適切な取り組みを続けるためにも職員への個人情報保護に関する研修を定期的に行うことが期待されています。</p>		

評価対象 A 福祉サービスの内容

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		
46	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・c
<p><コメント></p> <p>利用者の生活歴や個々の意向を確認し、ユニット会議でその人らしい生活を実現するための検討が行われています。24時間シートを活用して、利用者の生活リズムを把握し、自立生活に向けた課題を特定し、一人一人に適した支援を提供するため、独自の生活プランが策定されています。利用者の個別の希望やニーズに基づいて、様々なレクリエーション活動が提供されています。囲碁や将棋、オセロ、麻雀などのゲームや輪投げなどの運動、そして季節の行事など、多様な活動が充実しています。これにより、利用者が自分らしい興味深い活動を楽しむことができ、充実感のある日々を送ることができるよう工夫されています。さらに「眠りスキャン」の導入など、利用者が快適な睡眠を確保できるような取り組みも行われています。これらの取り組みにより、利用者は一日を充実して過ごすことができ、その人らしい生活が支援されています。</p>		
47	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・c
<p><コメント></p> <p>担当職員制を導入しており、利用者との信頼関係を築くための取り組みを行っています。職員は利用者との円滑なコミュニケーションを促進するため、コミュニケーションに関する研修を受講し、良好な接遇や利用者の尊厳に配慮した接し方を学んでいます。また、毎月行われるユニット会議では、利用者のニーズや要望についての検討が行われ、利用者ごとの状況や希望に合わせたサポート方法や接し方について話し合い、より適切な支援を提供できるように取り組んでいます。</p>		
A-1-(2) 権利擁護		
48	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。	㊤・b・c
<p><コメント></p> <p>「身体拘束ゼロ宣言」を掲げ、身体拘束を行わず、適切な支援を提供することを目指しています。この目標の達成のために、身体拘束と高齢者虐待に関するガイドラインを策定し、職員は身体拘束や虐待の防止に向けたチェックリストを使用して、身体的な面だけでなく、言葉の面においても不適切な言動が行われていないか確認しています。また、定期的に職員向けの研修を実施し、利用者満足度調査などを通じて、身体拘束や高齢者虐待の発生がないことを確認しています。</p>		

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		
49	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。	㉗・b・c
<p><コメント></p> <p>施設内では、居室ごとに温度と湿度の調整が可能であり、清掃は毎日行われ、快適な環境が維持されています。また、安全衛生委員会のメンバーは定期的に施設内を巡回し、安全性や生活環境に関する点検を行っています。居室では、利用者が自身の家具などを持ち込むことができ、また、畳のスペースも提供され、以前の生活を継続するための工夫がされています。</p>		

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		
50	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。	㉗・b・c
<p><コメント></p> <p>入浴は通常週に2回行われますが、必要に応じて追加の入浴やシャワー浴なども提供しています。浴槽は個浴、チェア浴、特殊浴槽が用意され、利用者の状態に合わせて利用されています。脱衣室は冷暖房完備で、入浴前後の安全と快適さに配慮しています。入浴を拒む利用者には無理強いせず、順番を変更したり、日程を調整したりするなど、柔軟な対応が行われています。入浴を楽しむために音楽を流し、季節に応じてゆず湯やしょうぶ湯などを提供しています。</p>		
51	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。	㉗・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の状況に合わせて排泄支援が提供され、自然な排泄を促進するために水分摂取を奨励し、適切な運動などのアプローチを用いて、トイレの自立使用を目指しています。排泄の記録はPCに入力され、3日以上排便がない場合は医務室の指示に従って対応しています。トイレ入口のドアやカーテンは毎回閉められ、利用者のプライバシーへの配慮が行われています。各ユニットには廃棄物処理施設が設けられ、定期的に専門業者が収集し、施設内に臭いが無いように管理されています。</p>		

52	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。	㊸・b・c
<p><コメント></p> <p>作業療法士や看護師は、利用者の健康状態と移動能力を評価し、できるだけ自立した移動ができるようにサポートしています。また、利用者の身体状況や希望に応じて、車椅子や歩行器を提供し、車椅子は必要に応じてカスタマイズして、快適な利用ができるようにサポートしています。施設内では、利用者が安全かつスムーズに移動できるように、動線上に障害物を置かないことを徹底し、安全性にも十分配慮しています。</p>		
A-3-(2) 食生活		
53	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	㊸・b・c
<p><コメント></p> <p>献立は業者と栄養士が協力し、1週間分の内容を毎週作成しています。朝食では希望者にはパンも提供され、昼食には毎月選択メニューが用意され、夏祭りやクリスマスなどの行事には特別メニューが提供されています。食事は各ユニットのリビングで行われ、食事を楽しむ際に明るい雰囲気と、テレビの音量などが食事の妨げにならないように注意が払われています。各ユニットの窓からは中庭が見え、食事を明るく楽しむことができるように工夫されています。</p>		
54	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。	㊸・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の状態に合わせた食事形態が提供されており、嚥下状態や希望に応じて通常の食事、刻み食、ムース食などが提供されています。給食委員会では、利用者に適したとろみの量や介助方法などが検討され、食事と水分摂取の情報は介護システムに記録され、適切な食事提供を確保するための工夫が行われています。</p>		
55	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・㊸・c
<p><コメント></p> <p>歯科衛生士は隔週に1回来所し、利用者の歯科チェックを行い、必要に応じて専門の歯科医による治療も行っています。個々の利用者に適した歯ブラシやスポンジなどの口腔ケア用具を使用し、口腔の清潔を維持しています。食事前の口腔運動や食事後の歯磨き、義歯の手入れなども行っています。さらに、歯科医などによる職員向けの口腔ケアに関する研修も実施していくことが期待されます。</p>		

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
56	A-3-(1)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	㉓・b・c
<p>＜コメント＞</p> <p>褥瘡対策の指針とマニュアルが策定され、それに基づいた予防策が実施されています。褥瘡の予防には、介護職員、看護師、管理栄養士が連携して、各利用者の食事摂取状況を確認したり、エアマットを使用するなどの予防策を実施しています。また、系列の医療法人から認定看護師を招き、褥瘡に関する職員向けの研修会を定期的を開催し、褥瘡予防に取り組んでいます。こういった取り組みにより入所時褥瘡だった利用者も治癒し、現在、褥瘡罹患利用者はゼロとなっています。</p>		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
57	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。	㉓・b・c
<p>＜コメント＞</p> <p>登録喀痰吸引等事業者として県に登録され、外部の専門研修を受けた資格保有者が、嘱託医からの包括指示書に基づき喀痰吸引を実施しています。また、喀痰吸引に関する業務手順書などの文書を整備し、安全に喀痰吸引が行えるように取り組んでいます。</p>		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
58	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。	㉓・b・c
<p>＜コメント＞</p> <p>利用者の残存機能を最大限に活用するために、移乗や移動に使用する柵や歩行器の選定を行い、日常生活の中で体の機能を維持するサポートを行っています。居室からリビングやトイレへの歩行、筋力維持のための活動、排泄時の立位維持、朝晩の着替え、レクリエーション活動など、できることを自力で行うようにサポートし、積極的な活動を行っていくことを促しています。</p>		
A-3-(6) 認知症ケア		
59	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	㉓・b・c
<p>＜コメント＞</p> <p>入所時には、利用者本人や家族から生活状況、病歴、ADLについてのアセスメントを実施し、利用者の認知状態を把握しています。また、24時間シートなどを使用して、利用者の一日の行動を分析し、支援内容を検討しています。精神科医による回診が月に2回行われ、関連職員と医師が連携し、利用者のBPSD（行動・心理症状）などの状況を確認し、適切な支援策を検討しています。職員は認知症に関する専門的な知識を習得するため、仙台の認知症研究研修センターでの研修やオンラインの認知症専門研修を受講しています。</p>		

A-3-(7) 急変時の対応		
60	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・ b ・c
<p><コメント></p> <p>利用者の体調急変時に対応するため、手順がフローチャートとして作成され、この手順に基づいた対応が実施されています。嘱託医師と看護師は24時間連絡が取れる体制となっています。法人内の山形済生病院も施設の協力病院となっており嘱託医とともに必要な支援が受けられる体制となっています。利用者の服薬については、医務室で看護師が責任者として薬を保管し、1週間分の薬を各ユニットに配布します。各ユニットでは服薬管理マニュアルに従い、鍵のかかるロッカーに薬を保管し、服薬時には複数の職員による確認の後、利用者に提供されています。さらに、医療関連の研修についても、職員への継続的な教育を行っていくことが期待されます。</p>		
A-3-(8) 終末期の対応		
61	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
<p><コメント></p> <p>看取りに関する対応マニュアルが策定され、利用者の入所時に終末期における意向確認が行われています。さらに、利用者の状態に応じて、家族の意向確認のために、嘱託医、相談員、介護職員、看護師が協力し、対応についての話し合いを行っています。施設内には仏間が設けられ、施設で亡くなった利用者の供養も行われています。退所後には追悼カンファレンスが開催され、終末期の対応について意見交換が行われています。職員には必要に応じて臨床心理士によるカウンセリングも提供されています。</p>		

A-4 家族等との連携

		第三者評価結果
A-4-(1) 家族等との連携		
62	A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>家族が施設を訪れた際には、積極的に職員が声をかけ、利用者の生活状況などを共有しています。以前は定期的に家族会が開催され、家族が施設のイベントに参加できる機会も提供されました。しかし、新型コロナウイルスの影響により、現在は面会が減圧ブースでのみ行われ、他の方法での面会が制限されています。担当職員からは毎月、家族に電話で利用者の状況を伝えていますが、利用者からは減圧ブース内での面会に満足していない面もうかがえます。特に声が聞き取れないとの不満もあり、新型コロナウイルスの終息が十分に見通せない状況下ですが、何らかの改善策の検討が望まれています。</p>		