

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

| |
|-----------------|
| 一般社団法人静岡県社会福祉士会 |
|-----------------|

②施設・事業所情報

| | | | | |
|--------------------------------|-------------------|--|-------|----|
| 名称：静岡老人ホーム | | 種別：養護老人ホーム | | |
| 代表者氏名：三本松 広樹 | | 定員（利用人数）： 120名 | | |
| 所在地：静岡市葵区吉津1905番地 | | | | |
| TEL：054-278-1727 | | ホームページ：https://skjk.jp/sizrou/ | | |
| 【施設・事業所の概要】 | | | | |
| 開設年月日 昭和24年8月4日 | | | | |
| 経営法人・設置主体（法人名など）：静岡市厚生事業協会・静岡市 | | | | |
| 職員数 | 常勤職員： 21名 | 非常勤職員 | 13名 | |
| 専門職員 | （専門職の名称） | 嘱託医師 | 2名 | |
| | 看護師 | 3名 | 生活相談員 | 4名 |
| | 介護職員 | 17名 | 栄養士 | 1名 |
| | 事務員 | 2名 | 調理員 | 4名 |
| 施設・設備の概要 | （居室数） | （設備等） | | |
| | 2人部屋 48 3人部屋 8 | 事務室、静養室、特別静養室、医務室、食堂、会議室、浴室2、相談室、支援員室2、機能回復訓練室、ボランティア室、汚物処理室2、調理室、洗濯室2、霊安室、宿直室、集会室 | | |

③理念・基本方針

(1) 理念

社会福祉法人静岡市厚生事業協会は、利用者個人の尊厳を尊重し、利用者の意向を基に多様な福祉サービスが総合的に提供されるよう創意工夫する。このことにより、利用者が心身とも健やかに育成されるとともに、その能力に応じ自立した日常生活を地域社会において営むことができるよう支援する。

(2) 基本方針（静岡老人ホーム）

- 1) 利用者の人権を尊重する。
- 2) 利用者個々に応じた福祉サービスを提供し、生活の質的向上を図る。
- 3) 利用者の健康維持と安全を図る。
- 4) 介護保険サービスの有効活用を図る。
- 5) 常に業務改善を図り、施設運営の効率化と安定化を図る。
- 6) 地域と共存共栄、地域に還元できる施設づくりをめざす。

④施設・事業所の特徴的な取組

1) 各部署が基本方針に基づき年度毎に行動目標をたてて業務を進めている。

(R4年度スタート)

ア 相談員

相手の気持ちになって迅速な対応! 明確な返答!

そのためには

- ①利用者の気持ちになって相談を受ける
- ②利用者の状態を把握のうえで声掛けを行う
 - ・利用者台帳から、入所に至るまでの生活について把握する
 - ・「朝会」、「15時会」時の申し送り内容をケアカルテにて確認
(必要に応じ、支援員・看護師にあらためて様子を確認する)
 - ・利用者を実際に訪ね、確認する
- ③相談しやすい環境をつくる
 - ・周りに他の利用者がいない場所(相談室等)で行う。
 - ・利用者からの訴えは、利用者が納得するまで聴く
 - ・些細と思われることも、相談された事柄にはしっかりと答えを出す
- ④受けた相談内容は職員間で共有する
 - ・勤務している相談員には直接報告
 - ・次に支援員に知らせ、健康面は看護師、食事面は栄養士と共有する
(直ちに可能な限りの最善の対応につなげていく)
 - ・相談内容はケアカルテに記載のうえ、「15時会」においても報告する

イ 支援員

「利用者も職員も、みんな笑顔で過ごせる静老に!!」

【聴く耳大きく 話す口小さく 見つめるまなざし温かく】

そのためには

- ①「聴く耳大きく」
 - ・利用者の話をよく聴く(聴き上手に徹する)
 - ・「訴え」をしっかりと理解する
 - ・利用者に「ちょっと待って!」はナシ。内容に応じて迅速に対応
- ②「話す口小さく」
 - ・職員同士の私語は控える
 - ・個人情報保護を含み守秘義務を遵守する
- ③「見つめるまなざし温かく」
 - ・「利用者への共感」に基づく対応をする
 - ・職員は常に穏やかな気持ちで利用者に接する
 - ・利用者に常に目を配り、安全、安心に過ごしてもらう
- ④みんなで「笑顔」(になる)
 - ①～③により、利用者との間に良好な人間関係を築く
 - ・利用者も職員も、共に笑顔で過ごしている状態を実現し継続する

ウ 医務

「心も体も健康第一・一人ひとりに向き合う医務」

【日常の変化に気付き、健康維持と安全をはかる】

そのためには

- ①他部署と連携をとり、得られた気付きは共有する
- ②医務として利用者との接触機会(コミュニケーション)を確保し、その人の立場になって考える
- ③常に業務の改善を図り、円滑にしていくことを心掛ける

エ 厨房

「安心・安全・楽しく美味しい食事作り」

そのためには

- ①衛生管理の徹底(厚生労働省「大量調理施設衛生管理マニュアル」並びに一般衛生管理マニュアル「HACCPの考え方を取り入れた衛生管理」を基準とする
- ②常に調理技術の向上に努め、職場内では積極的にコミュニケーションを取り合う
- ③事前準備をしっかりと行い、利用者様の食事を最優先に考え、定められた時間に食事を提供する
※献立の把握、調理作業の流れ、味付け、業務量の多いポジションの確認
- ④利用者の健康維持のための食事作り
※栄養バランスと味付けに留意。個々の味覚によって味が変わらないようにする
- ⑤利用者の声を食事に反映させる
※メニュー、食材の大きさや柔らかさなど
- ⑥食欲をそそる盛り付けをする
※食材の切り方、色合い、目でも楽しめる盛り付けをする
- ⑦利用者一人ひとりに応じた「最善の食事」を提供する
※食事形態、アレルギー、塩分調整、好き嫌いなどに留意

2) 地域交流活動

ア 地域住民が参加する、「ふれあい盆踊り」(8月)を開催して来たが、コロナ禍により令和2年度から令和4年度まで開催中止。新たに「みんなの夏まつり」として、文化祭型室内行事として開催した。

イ 12月に行われる地域防災訓練へ参加しているが、令和2年から令和4年までは、コロナ禍で地域での防災訓練が縮小して実施されたため、参加することができなかった。令和5年度は、協議中である。(当施設は、静岡市の福祉避難所に指定されている)

ウ 交通安全について、コロナ以前は「交通安全のぼり旗掲出作戦」として、子どもたちの登校時に横断歩道での誘導を行っていたが、コロナ禍中に横断していた子どもたちが卒業したため、今後交通安全をテーマとした活動を南藁科小学校とともに進めて行く。令和5年7月に一度目の学校側との協議を実施した。

⑤ 第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|--------------------------------------|
| 評価実施期間 | 令和5年5月8日（契約日）～ 令和6年3月26日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 2回（平成28年度） |

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

- ・「重要・課題懸案事項調書（R5.4.1付）」の課題に対して部署ごとに行動目標、具体的な取り組み、成果の確認方法が「静岡老人ホームの運営にあたって（R5.4.1）」に落とし込まれる仕組みができています。
- ・静岡市と「福祉避難所の設置運営に関する協定書」を締結し、要援護者の受入体制が整備され地域貢献をしています。
- ・個人情報管理規定、文書管理規定を策定し、記録管理責任者を設置するとともに指定管理者情報セキュリティ対策の研修を行っています。ケア基準書の守秘義務（個人情報の保護）について読み合わせを行い、職員一人ひとりに対して、遵守できているかどうかのヒアリングを行っています。

◇改善を求められる点

- ・利用者の相談、意見に関する取り組みについては、利用者や家族に十分周知されている必要がありますが、わかりやすく説明した文書が作成されていません。
- ・標準的な実施方法はケア基準書で明文化していますが、検証・見直しにあたり、職員や利用者からの意見や提案が反映される仕組みがなく、個別支援計画の内容が、標準的な実施方法に反映されていません。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この度の第三者評価受審にあたりまして、静岡老人ホームにおきましては、評価委員の方たちに、提出資料等の精査のみならず、利用者、職員に非常に丁寧な聴き取りを行っていただいております。そのうえでの評価を頂戴しましたことに、深く感謝申し上げます。

いただいた評価（結果）を真摯に受け止めることは勿論、私どもとして、今後の施設運営、業務改善に、直ちに活かしてまいります。

また、第三者評価受審は、いただく評価結果もさることながら、受審準備段階の作業を通じて、自らの業務遂行状況に対して、第三者的視点から自己評価を行うことができる点も素晴らしいと思います。

コロナ禍のため、今回受審は前回からかなりの時間が経過した中でのものとなりましたが、今後は、施設としての更なる充実（利用者満足度向上）と職員の成長を図る機会として適時かつ定期的に受審いたします。皆様、本当に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>理念は、広報誌、パンフレット、ホームページ等に明記しており、運営方針は理念に基づいた内容を具体的に箇条書きにまとめたものであり、職員の行動規範としてわかりやすいものとなっています。職員への周知は、「老人ホームの運営にあたって」(R5.4.1)を配付し、わかりやすく説明をしています。利用者には施設内複数個所に掲示するなど周知を図っていますが、家族への周知は養護老人ホームの特性上、家族関係が希薄であり、判断基準から除外することが妥当だと考えます。職員への周知状況の確認では、なるべく目に触れる機会を増やすよう職員会議時の唱和や名札の裏面に記載するなどの工夫や指導をしていますが、周知状況の確認は十分とはいえません。</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><コメント></p> <p>経営環境の分析や福祉事業の動向などは、施設単独というよりは法人全体で実施しており、また、本施設が養護老人ホームで措置施設でもあること、静岡市の指定管理にて運営されていることなどから、行政からの意向や情報が大きく影響しています。その中で、施設独自に「地域ケア会議」を開催し地域のニーズ把握や意見交換を実施したり、令和5年度重要・課題懸案事項調書(R5.4.1付)にて分析を毎年実施したりと独自の取り組みも行っています。</p> | | |
| 3 | Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>組織体制や設備お整備、職員体制、財務状況などは、法人本部と指定管理のため静岡市との</p> | | |

情報共有にて実施しています。課題の把握は、重要・課題懸案事項調書（R5.4.1付）を作成し、課題や問題点を明確にして毎年分析をしており、職員にも施設長から周知され改善に取り組んでいます。

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>中長期計画が策定されて3年目の年であり、目標指標や経営課題など具体的な内容になっており、PDCAサイクルに基づいたものとして運用しています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>単年度の計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定しており、「静岡老人ホームの運営にあたって（R5.4.1）」により、職種ごとに目標と具体的な取り組み、成果の確認方法を明記し、実施状況の評価を行える内容となっています。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>部署長会議で原案を作り、新しい行事の意見聴取をし、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定しています。事業の進捗状況は、半期ごとに監事監査等に報告され把握しています。事業計画の見直しも、大きな行事には、ご利用者からもアンケートを取り次年度に反映しています。職員への周知は、年度末に意見聴取、原案配付、完成版を4月に配付し、部署長会議にて説明を行っています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>事業計画の主な内容は、全員集会で全体に伝えています。各行事のチラシやポスターをイラスト入りで掲示するなど、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫をしています。また、個別の声掛けをするよう個別支援計画に基づき実施し、参加を促しています。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>令和5年度重要・課題懸案事項調書（R5.4.1付）を作成し、法人全体で取り組んでいます。また施設長、各部署担当者が参加するサービス検討会議において、個別支援計画等、PDCAサ</p> | | |

| | | |
|---|--|---|
| <p>イクルに基づき利用者ごとのサービス内容を組織的に評価しています。</p> <p>第三者評価は、新型コロナの影響で受審できなかった年もありましたが、概ね3～4年ごとに受審しています。自己評価の結果について分析結果を供覧して周知するとともに、次年度の行動目標（部署別）策定に反映しています。</p> | | |
| 9 | <p>I-4-(1)-② 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。</p> | b |
| <p><コメント></p> <p>評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が「令和5年度重要・課題懸案事項調書（R5.4.1付）」として文書化しており、部署長会議等を通じて職員に周知しています。また課題に対しては、部署ごとに行動目標、具体的な取り組み、成果の確認方法が「静岡老人ホームの運営にあたって（R5.4.1）」に落とし込まれ、計画的に実施されています。実施状況については、支援会議等で成果の確認をしていますが、必要に応じて見直しを実施している記録がありません。</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 |
|--|---|---------|
| <p>Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。</p> | | |
| 10 | <p>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。</p> | b |
| <p><コメント></p> <p>経営管理に関する方針や取組を「静岡老人ホームの運営にあたって」（R5.4.1）という文書を作成し、年度はじめに各部署に配付するとともに、各部署の行動目標を明示し、具体的な取り組みや成果の確認方法まで、わかりやすくまとめています。また、管理者の役割と責任については、同文書内及びホームページに「想いをつないで」の中で記述していますが、会議や研修等での表明は議事録に記載がありません。</p> <p>現行の書面では有事（災害、事故等）における管理者の役割と責任については、不在時の権限委任等を含め危機管理マニュアルに記載がありませんが、現在、BCPの原案を作成中で不在時の権限を含め記載します。</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> | a |
| <p><コメント></p> <p>法令遵守に関しては、施設長研修（社会福祉施設長資格認定講習）を受講しており、毎月「施設連絡会」として本部に集まり協議しています。また、必要な法令の把握に努め、職員にもわかりやすいようなマニュアル、関連法令をセットにしたものを作成し、いつでも閲覧可能な状態で各部署に備えています。</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> | a |

| | | |
|---|---|---|
| <p><コメント></p> <p>施設長自ら、福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行う「サービス検討会議」に毎月参加しています。また、部署長会議、食事研究委員会、調理ミーティング、虐待の会議など組織的に体制を構築し参画しています。「自己申告書Ⅱ」の様式を用い職員に対し提案を求め、それを基に面談するなど、職員の意見を反映する取り組みを実施しています。前年度の研修参加状況を踏まえ、事業計画作成時に研修計画を策定し職員のモチベーション及びスキルの向上に努めています。</p> | | |
| 13 | <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> | a |
| <p><コメント></p> <p>人事、労務は法人本部、静岡市の基準で運営されており、財務分析も法人本部が担っています。働きやすい環境については、部署ごとの行動目標や福祉サービス自己評価、ストレスチェックなどの結果を踏まえ、心理的安全性に配慮しています。また、管理者自らが積極的に参画し「ウイズコロナ時代への適応」を進めることで経営改善、業務の実効性向上を図るため、行事の再開時に地域連携の見直しを含め取捨選択を実施しています。</p> | | |

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

| | | 第三者評価結果 |
|---|---|---------|
| <p>Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。</p> | | |
| 14 | <p>Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。</p> | b |
| <p><コメント></p> <p>人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針は確立しており、さまざまな採用活動を展開しています。計画的に次年度何人採用というものがなく、人材確保が計画に基づいたものとはいえません</p> | | |
| 15 | <p>Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。</p> | b |
| <p><コメント></p> <p>「期待する職員像等」は明確になっていますが、人事基準は内規扱いで施設長以外の職員には周知していません。職員の専門性や職務遂行能力、キャリア志向や異動に関する希望などは「自己申告書」に記載する仕組みがあり、自己評価に基づき面談等を実施し評価しています。</p> <p>職員処遇に関しては、静岡市の指定管理であり、処遇改善の評価・分析は行政職に準じていることから実施していませんが、適用除外が妥当です。キャリア志向や異動に関する希望なども自己申告書に記載できる仕組みはありますが、キャリアパス制度としては明確なものはありません。</p> | | |
| <p>Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p> | | |
| 16 | <p>Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。</p> | a |
| <p><コメント></p> <p>職員の就業状況や意向の把握については、「自己申告書」、「福祉サービス自己評価」、「ストレスチェック」を実施し、職員目標としてワークライフバランスの充実を掲げ、年間5日以上</p> | | |

| | | |
|--|---|---|
| <p>の有給休暇取得をしています。職員のストレスチェックを実施し職員健康管理に努め、職場におけるハラスメントに関する相談窓口を設置しています。協会親睦会「共栄会」、静岡老人ホーム親睦会「和会」を設置し、職員の親睦を図っているほか、ソウェルクラブに加入し総合的な職員の福利厚生事業を実施しています。</p> | | |
| <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。</p> | | |
| 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><コメント> 「静岡老人ホームの運営にあたって」で職員の行動目標が明らかになっています。施設長が職員会議等を活用して職員に周知を図っています。個別面談では、自己申告書のキャリア意向欄に書かれた内容をもとに資格取得が勧め、人材育成を行っています。</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 |
| <p><コメント> 基本方針や計画の中に専門資格の明示は確認できませんが、資格取得支援制度要綱で介護福祉士・介護支援専門員・主任介護支援専門員・社会福祉主事・調理師の明示をしています。組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画を策定し、教育・研修を実施しています。</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。 | a |
| <p><コメント> 職員台帳を整備しており、職員個々の研修管理をしています。階層別・職種別研修実施しています。新人職員には、「採用職員研修」が実施されて施設長により進捗を確認しています。</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 | 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 |
| <p><コメント> 積極的に実習生を受け入れています。実習生受け入れマニュアルがあり、具体的な行動についてはケア基準書で対応しています。指導に当たる職員は学校側と面談を行い教育効果の高い実習を心掛けています。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>ホームページで法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報は適切に公開されています。チラシは確認できますが、法人理念や基本方針を確認できません。</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>事務等に関するルールは、法人の定款、定款細則（業務執行）に定められており、理事長、常務理事、事務局長及び施設長の専決事項も定款細則に明記されています。経理、取引に関するルールは、経理規程に明記されています。職員への周知は、職員研修、職員会議等で周知しています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>「運営方針」において、「地域と共存共栄、地域に還元できる施設づくりを目指す」ことを規定しています。南藁科地区公共施設連絡懇話会と定期的な情報交換会を実施し地域の福祉ニーズ把握をしています。地域行事への参加は、コロナのため休止しています。週1回のでん伝体操は、南藁科地区拠点施設として地域住民と一緒に参加しています。各自治会に案内を出し「ふれあい盆踊り」を「南藁科みんなの夏まつり」として開催しています。徒歩圏内には衣服、お菓子等の店舗がないため出張販売等は定期的を実施しています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>「ボランティア受け入れマニュアル」に基本姿勢を明文化し、「運営方針」において、「地域と共存共栄、地域に還元できる施設づくりを目指す」ことを掲げています。ボランティアの受入の際はボランティア本人と日程等を調整、内容等を説明し「ボランティア受入計画書」を作成、受入手順を示したマニュアルを整備しています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>静岡市関係各課連絡先、当番医などのリストは、職員間で共有しています。地域の共通問題</p> | | |

| | | |
|--|--|---|
| <p>として、災害時の要援護者の支援について、静岡市、南藁科自治会、静岡老人ホーム、静岡市救護所、わらしな学園及び吉津園と共同で、6回の対策会議を開催、12月1日には福祉避難所開設訓練を実施、災害時の要援護者搬送訓練も行っています。</p> | | |
| <p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p> | | |
| 26 | <p>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。</p> | a |
| <p><コメント> ふれあい屋台村(地域住民との昼食会)・ふれあい盆踊り・ふれあい運動会を開催しています。また自治会等への会議室貸出も行っています。週1回のでん伝体操は、南藁科地区拠点施設として地域住民と一緒に参加しています。静岡市と「福祉避難所の設置運営に関する協定書」を締結、要援護者の受入体制を整備しています。</p> | | |
| 27 | <p>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。</p> | a |
| <p><コメント> 地域に対して「老人福祉相談所」の看板を掲げ、相談の対応はしています。ただ、措置施設であるため直接相談に乗ることは少なく、一般的には市に繋げています。南藁科地区公共施設連絡懇話会(自治会、福祉施設、小学校、こども園、駐在所)と定期的な情報交換会を実施し、南藁科地区社会福祉推進協議会総会にも毎年出席し、地域の福祉ニーズの把握をしています。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>ケア基準書に基本姿勢として明記しており、毎月の職員会議内で理念、職員目標、運営方針を読み上げています。ケア基準書をベースにサービス検討会議（個別支援会議）、外部介護事業者等を加えたケアプラン検討会議等を実施し、利用者の尊重について、共通認識をもっています。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>「ケア基準書」「静岡老人ホーム虐待防止に関する指針」「高齢者虐待防止マニュアル」を整備、職員会議内で虐待防止委員会を実施し、職員に周知しています。虐待防止のための職員研修を原則2回以上、また職員採用時にも実施しています。また、外部で行われる研修に参加し、研修報告を閲覧しています。利用者に対してプライバシー保護と権利擁護に関する取り組みは周知していましたが、家族に対しては周知できていません。</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 |
| <p><コメント></p> <p>ホームページ、パンフレットで情報提供を行っています。施設のパンフレットは市役所にも設置してあります。ホームページも見直し、令和5年8月に更新しています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>利用者の意向を反映した個別支援計画の作成がマニュアル化しています。同意を得たい内容は、本人の自己決定によりすべて書面化しています。入所時には利用者、家族等、福祉事務所の職員が同席し、同意を得たい内容は書面で残しています。また、「しおり」や写真を用いて説明しています。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>移行先については職員からの情報提供をしています。措置施設のため福祉事務所から必要な書類を渡しています。退所時には説明は行われていますが書面は残していません。</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。 | a |

| | | |
|--|--|---|
| <p><コメント></p> <p>満足度調査を年1回、実施しています。3段階の丸付けのほかに自由に書き込みができる欄があり、要望のみを聞き取る内容のものではなく、項目は生活全般にわたり・食事・入浴・行事・クラブ活動・外出・相談しやすいか・困ったことは何か等で、内容の分析と検討、次年度への対応が記載しています。また、職員は毎月の全体集会に参加し、調理ミーティングや食事研究会で分析検を行っています。</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>苦情体制は整備しています。苦情解決の仕組みを説明した掲示物を掲示していますが、わかりやすく説明はしていません。利用者に周知はしていますが、資料は配付していません。苦情実績がなく十分は機能していません。</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>利用者が相談したり意見を述べたりする際に、相手を自由に選ぶことができますが、わかりやすく説明した文書は作成していません。相談スペースは確保しています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>相談や意見を受けた記録は、ケアカルテに保存しています。意見箱は、事務所カウンター、食堂に設置し、機能しています。また年1回、利用者アンケート（嗜好調査含む）を実施しています。相談に対応した職員で回答が出来ない場合、あるいは時間がかかる場合は速やかに途中経過を報告し、必要に応じて各部署の代表を集め検討しています。各会議にて意見や情報を共有しサービスの質の向上に努めています。また、毎月行う全体（全員）集会等で意見が出た場合、各部署長が出席しているので、その場で対応出来れば回答しています。時間を要することであれば調整して、関係者で協議しています。</p> | | |
| <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。</p> | | |
| 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>安全管理委員会を始めとした各種委員会を設置し毎月会議を行っています。危機管理マニュアルに沿って対応し事故報告書をもとに是正を職員会議、各委員会で検討し、再発防止を行っています。職員にはマニュアル配付を含め、周知しています。アクシデントレポート、事故報告書等に場所・状況・症状・発生要因・事故防止対策等を記載、緊急性があれば委員会を開催し、緊急性がなければ毎月の職員会議内で報告、検証しています。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>感染対策委員会を設置し、随時、委員会を設けて各部署に伝達しています。感染症対策マニ</p> | | |

| | | |
|---|--|---|
| <p>マニュアルに沿って対応し、職員にはマニュアル配付を含め周知しています。感染対策委員会主導のもと、実技研修（ガウンテクニック、嘔吐物の処理等）、ゾーニングの確認等を行っています。感染対策委員会にて問題点、改善点を検討し全職員に周知しています。</p> | | |
| 39 | <p>Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的にしている。</p> | a |
| <p>＜コメント＞</p> <p>大雨、地震、火災時の災害体制による参集基準を決めています。静岡県のハザードマップによると、洪水による浸水が50センチから3メートル（床上浸水相当）推測されるため、洪水時の避難確保計画を策定、垂直避難訓練を実施しています。また台風の接近が予想された場合は、対策委員会を開き、今後の対応を検討しています。食料を含めた非常物品の配置も考慮しています。職員は災害安否確認システム「安否コール」（アプリ）をスマートフォンに導入、利用者は非常時点呼名簿を整備しています。洪水時の避難確保計画内に水害の他、地震、火災時の避難誘導要領を記載、周知しています。洪水時の避難確保計画内に非常食備蓄品リスト、保管場所を掲載しています。非常食に関しては、日にちごとに、メニューに色分けしています。防災計画を基に、毎月防災訓練を実施、消防署には定期報告をしています。</p> | | |

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

| | | 第三者評価結果 |
|---|--|---------|
| <p>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。</p> | | |
| 40 | <p>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。</p> | a |
| <p>＜コメント＞</p> <p>標準的な実施方法について、ケア基準書として文章化しています。職員会議でケア基準書の読み合わせを行い、また、新採職員に対してはOJTを行い、職員への周知を図っています。相談員日誌、夜勤日誌、支援員日誌、ケース記録、毎月のサービス検討会議等で福祉サービスの実施状況を確認しています。</p> | | |
| 41 | <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。</p> | b |
| <p>＜コメント＞</p> <p>標準的な実施方法はケア基準書で明文化し、検証・見直しは年度末に実施し、必要に応じ内容の改定をしています。また、検証・見直しにあたり、職員や利用者からの意見や提案が反映される仕組みがなく、個別支援計画の内容は、標準的な実施方法に反映していません。</p> | | |
| <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。</p> | | |
| 42 | <p>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。</p> | a |
| <p>＜コメント＞</p> <p>ケア基準書の「個別支援計画作成と見直し」に手順を明記しており、生活相談員が責任者となり、部門を横断しての職種職員が参加し、アセスメントを実施し、個別支援計画を作成しています。支援困難ケースの対応については、部署長会議、職員会議、支援員会議、サービス検討会議等で必要なサービスや方法を検討するほか、各区の福祉事務所との情報交換会議を定期的に行っています。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>福祉サービス実施計画の見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みは、ケア基準書と事業概要で確認できます。介護保険利用者の場合は、ケアマネージャーに連絡し、緊急に対応しています。また、その他の利用者に対しては、6ヵ月ないし随時行うことになっています。ケア基準書の中の個別支援計画の作成と見直しに沿って、課題の評価と見直しを行っていますが、標準的な実施方法に反映させていません。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>電子管理システムのケアカルテに入力することで必要な情報が各部署へ届き、閲覧できるようになっています。また、各種委員会やサービス検討会議、ケアプラン検討会議等、関係職種職員が集まり定期的に会議を開催し、情報の共有化を図っています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>個人情報管理規定、文書管理規定を策定し、記録管理責任者を設置するとともに指定管理者情報セキュリティ対策の研修を行っています。ケア基準書の守秘義務（個人情報の保護）について読み合わせを行い、職員一人ひとりに対して、遵守できているかどうかのヒアリングを行っています。</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。 | |
| <コメント> 養護老人ホームは評価対象外です。 | | |
| 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。 | |
| <コメント> 養護老人ホームは評価対象外です。 | | |
| 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。 | a |
| <コメント> 利用者の意向や生活習慣を尊重し、個別支援計画にて利用者一人ひとりに応じた生活になるように支援しています。住所変更、口座開設、定期購入の手続きや介護保険の利用が必要になった場合は、申請からサービスが利用できるまでの手続き等の支援を行っています。精神疾患のある高齢者や、被虐待高齢者などの利用者に対し、本人に確認と同意を得ながら、精神科の受診や虐待家族との接触を断つなどの支援を行っています。今まで地域へ移行した利用者はいませんが、いつでも地域移行が可能なように福祉事務所と連携して取り組むように準備ができています。 | | |
| 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。 | a |
| <コメント> アセスメントや年度末のアンケート、全員集合や個別相談等で、利用者の思いや希望を把握し、一日2回の居室訪問や、朝の体操、食事、入浴など、日々の支援場面で、傾聴と一人ひとりに応じた声かけを行っています。コミュニケーションの方法や支援の仕方について、支援員会議、サービス検討会議、ケアプラン検討会議等で定期的に検討と見直しを行っています。耳の遠い利用者には、集音器や筆談で対応するなどコミュニケーションを図り、会話の不足している利用者には、食事時や入浴時等あらゆる場面で、さりげなく話しかけ、会話を楽しめるようにコミュニケーション作りを行っています。 | | |
| 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。 | a |
| <コメント> 拘束、虐待に関する規定が整備され、職員会議にてケア基準書の「人権を守る」の読み合わせをしています。また、施設以内に高齢者虐待・身体拘束に関するポスターを掲示し、虐待防止委員会を毎月開催し、虐待防止第三者委員会を年2回開催しています。身体拘束等廃 | | |

止マニュアルに緊急やむを得ない場合の身体拘束の手続きと実施方法を明記しています。
また、毎月身体拘束廃止委員会を開催し、身体拘束等実施検討記録書を作成し、毎月、身体拘束廃止委員会、虐待防止委員会を開催しています。

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>職員による掃除の他、外部業者による掃除や空調設備の管理等、環境整備を行い、談話室にはテレビの他、新聞や週刊誌等を備え、いつでも見たり、読んだりできるようになっています。また、いつでも水分が摂れるように自販機や給茶機を設置しています。全員集会等で意見や要望を聞き、要望が出た場合は、可能な限り改善を図り、多床室の居室は、プライバシーの保護のため、カーテンで間仕切りをしています。ケア基準書の「美しく・安全な生活環境への配慮」に沿って支援しています。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>入浴前にバイタルチェックを行い、職員での見守りや浴槽と脱衣所の温度管理、シャワーチェア、滑り止めマット等の使用により、安全・快適に入浴できるように取組み、浴室の出入り口は扉とカーテンの二重間仕切りとなっており、プライバシーにも配慮しています。入浴を拒否する利用者には、他部署の職員から声をかけてもらうなど、時間をおいて再度声かけを行っています。また、清潔保持のため、清拭に変更することもあります。順番を待てない利用者は先に入る他、皮膚疾患や感染症等、利用者の健康状態により、入浴順を変える等の配慮を行っています。入浴の方法等について、支援員会議、サービス検討会議ケアプラン検討会議等で必要に応じて検討と見直しを行っています。皮膚疾患等、必要に応じて入浴日以外にも行うなど、決められた入浴実施日内では意向に対応して入浴日を変更でき、以外でも利用者の状況により入浴日の変更や、入浴日以外の入浴やシャワー浴を行うことがあります。入浴実施日の中で利用者の意向により入浴日の変更や予定外の入浴やシャワーへの変更は可能です。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>プライバシーに気をつけながら、一人ひとりに応じた声かけを行い、トイレ誘導の他、ポータブルトイレの使用やオムツの使用など、状況に応じた排泄の支援を行っています。また、</p> | | |

| | | |
|--|---|---|
| <p>手すりや保温便座、ナースコールを設置し、職員、清掃業者による清掃を行うなど、安全・快適に使用できるように配慮しています。排泄チェック表を使用し、声かけの他、時間でのトイレ誘導や、下剤の調整等を行い、心身の状況に変化があった場合、サービス検討会議、ケアプラン検討会議、支援員会議等で、検討と見直しを行っています。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>ラジオ体操や老人体操等への参加声かけを行い、ADLの維持に繋げ、杖やシルバーカー、歩行器等の使用について、段階的な提案を行い、移動の自立に向けた働きかけを行っています。介護保険サービスの福祉用具貸与を利用し、職員、ケアマネージャー、サービス業者で検討し、利用者に適した福祉用具を提供しています。移動に介助が必要な利用者には、職員が付き添い、福祉用具の利用や利用者が移動する廊下には物を置かないようにし、安全確保に努めています。一人ひとりに応じた介助方法について、サービス検討会議、ケアプラン検討会議、支援員会議等で随時、見直し検討を行っています。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>衛生管理マニュアルに基づいて衛生管理を行い、食事を楽しんでいただけるように、選択メニューや特別メニューを提供し、利用者に合わせて主食、副食の硬さや大きさ、形を変えて提供しています。また、季節に応じた食堂の飾りつけや、身体に合わせたテーブルの利用、嚥下に注意しなければならない方の見守り席を設けるなどの配慮を行っています。</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><コメント></p> <p>サービス検討会議やケアプラン検討会議等で、一人ひとりに合わせた食事の提供や、食事形態の変更について検討し、必要に応じて捕食等で栄養面を補っています。また、テーブルや椅子の高さを調整し、スプーン等の自助具の使用などの配慮をし、生活リハビリの観点から下膳はできるだけ自分で行うようにしています。食事中に事故対応マニュアルを用意し、心肺蘇生法の研修会を行っています。また、食事中の見守り職員を配置し、食事時間外での食事になった場合でも職員が見守っています。一人ひとりに応じた食事のあり方について、サービス検討会議や支援員会議等で検討と見直しを行っています。</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><コメント></p> <p>歯ブラシと歯磨き粉の定期的支給と、口腔ケア体操を行っています。口腔内に異常が認められた場合、看護師が確認し、歯科受診を勧めています。職員研修として、ケア基準書の中の「口腔ケア」について読み合わせを行っています。口腔ケアと口腔内のチェックは行っていません。また、歯科検診も行っていません。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>褥瘡対策、褥瘡予防についての指針や実施方法を作成し、研修としてケア基準書の「褥瘡のケア」について、職員会議で読み合わせを行っています。褥瘡予防対策を支援員、看護師、</p> | | |

| | | |
|--|--|----------|
| <p>栄養士、相談員が連携して取り組んでいます。褥瘡予防のための情報収集をインターネットで行い、有益なものは、回覧等で職員間の共有を図っています。現在、対象者はいませんが、前兆が見られ対応が必要な場合は、エアーマットの使用、時間を決めた体位交換、栄養補給等のケアを行うことになっています。</p> | | |
| <p>A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養</p> | | |
| <p>A14</p> | <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。</p> | |
| <p><コメント> 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施していないため評価対象外です。</p> | | |
| <p>A-3-(5) 機能訓練、介護予防</p> | | |
| <p>A15</p> | <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。</p> | <p>a</p> |
| <p><コメント> 職員体操講習という名の講習会へ参加し、健康維持のため、ラジオ体操や老人体操、館内ウォーキング等を取り入れ、支援しています。機能訓練や介護予防活動は、サービス検討会議やケアプラン検討会議等で、評価と見直しを行っています。利用者に判断能力の低下等、変化が見られた場合、看護師が認知症の検査を行い、嘱託医やケアマネージャーに情報を提供し、受診等の対応を行っています。</p> | | |
| <p>A-3-(6) 認知症ケア</p> | | |
| <p>A16</p> | <p>A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。</p> | <p>a</p> |
| <p><コメント> 各区の福祉事務所、相談員、支援員、看護師、栄養士等が連携のもと、アセスメントを行い、ケア基準書の「認知症ケア」に沿って支援しています。また、認知症の医療・ケア等について外部の研修に参加し、職員会議や回覧で報告し、共有を図っています。ケース記録に行動や様子を記録し、職員間で情報の共有化を図り、必要に応じて受診しています。また生活しやすいように居室等の配慮を行っています。嘱託医やかかりつけ医に報告し、変更を含む支援内容の検討を行っています。</p> | | |
| <p>A-3-(7) 急変時の対応</p> | | |
| <p>A17</p> | <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> | <p>a</p> |
| <p><コメント> 利用者の体調変化に気づいた場合は、手順化された危機管理マニュアルに沿って取り組み、初任者研修等を行っています。バイタルチェックや、食事、入浴等で状態を確認し、変化があれば午後のミーティング時に報告し、各部署で情報を共有しています。職員会議でケア基準書「高齢者の疾病に関する基本的知識」の読み合わせを行っています。また外部研修に参加し報告書を回覧しています。服薬管理は服薬管理マニュアルに沿って行っています。</p> | | |
| <p>A-3-(8) 終末期の対応</p> | | |
| <p>A18</p> | <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> | <p>b</p> |
| <p><コメント> 終末期を迎えた場合は、看取り介護マニュアルとフローチャートにより実施するようになっ</p> | | |

ており、嘱託医には、いつでも連絡でき、対応して頂けるようになっていきます。家族や後見人の意向を確認し、事業所での対応とケアについて説明し、各福祉事務所と連絡を取り合い対応し、実施後対応した職員には、メンタルケアとしてヒアリングを行っています。該当する方の対応を嘱託医に相談して職員に周知していますが、研修は行っていません。

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 | | |
| A(19) | 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>入所時に家族へサービスの説明を行い、要望があれば電話や面談等で対応しています。相談員が中心になり、家族への状況報告を行い、場合によって支援員や看護師からも説明を加えています。関係性の維持のため職員が間に入り、面会時には必要に応じて情報交換等を行い、病院の付き添いの依頼や外出、外泊の実施、介護保険の認定調査の立ち会い等を家族に依頼しています。家族との相談をケアカルテ記録に残していますが、必要時のみで、定期的には行っていません。</p> | | |

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 | | |
| A(20) | 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。 | |
| <p><コメント> 養護老人ホームは評価対象外です。</p> | | |