

## 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： 和風園		種別： 特別養護老人ホーム	
代表者氏名： 鹿野 弘基		定員（利用人数）： 200 名 ： 20 名（短期入所生活介護）	
所在地： 宮城県黒川郡大和町小野字前沢 1 番地			
TEL： 022-346-2229		ホームページ： <a href="http://www.miyagi-sfk.net/nago">http://www.miyagi-sfk.net/nago</a>	
<b>【施設・事業所の概要】</b>			
開設年月日      平成 3 年 3 月 26 日			
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 宮城県社会福祉協議会			
職員数	常勤職員：                      86 名	非常勤職員：                      20 名 (うち派遣職員 6 名)	
専門職員	看護師・准看護師              6 名	社会福祉士                      5 名	
	介護福祉士                      55 名	作業療法士                      2 名	
	管理栄養士                      2 名	介護支援専門員                  2 名	
施設・設備 の概要	(居室数)	(設備等)	
	91 室	売店・理髪室	

③ 理念・基本方針

**〈運営理念〉**

私たちは、利用者の皆様一人ひとりが過ごされて来たかけがえのない人生を、心の底より理解と共感に努め、ご家族と協同して、ご本人の生きがいと満足の得られる生活を保障しながら、安心して自立した生活が送られるように支援します。

**(基本方針)**

- 1 利用者一人ひとりの生活を大切に、生活の質の向上が図られるよう支援します。
- 2 認知症利用者の日常生活の行動を理解し、ありのままに受け入れることを基本に支援します。
- 3 利用者が安心して快適に生活できる環境づくりを行います。
- 4 福祉サービスを提供するプロとして、資質の向上と人材育成を図ります。
- 5 施設機能を地域社会に積極的に提供し、地域に役立つ施設を目指し、併せて利用者の地域交流を推進します。
- 6 健全な施設運営に努めます。
- 7 環境への配慮を推進します。

#### ④ 施設・事業所の特徴的な取組

- ・書道や生け花等の活動や小グループ活動を通し、寄り添い支援を実施し日中活動に取り組んでいます。
- ・利用者の健康面の観察と身体状況に応じた介護機器（車椅子・ベッド・移乗用リフト等）の選定と対応を行っています。
- ・利用者個人の尊厳と権利が守られ、安心・安全な生活を提供するよう努めています。

#### ⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和6年6月1日（契約日） ～ 令和6年11月27日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	5回（令和3年度）

#### ⑥ 総評

##### ◇特に評価の高い点

##### ○支援の質の向上に向けた取り組み体制

施設では、支援の質の向上を目指し、職員による毎年の介護技術に関する自己チェック、3年に一度の第三者評価、および中間の2年間における自己評価を含む多層的評価体制が確立されています。さらに、サービス評価委員会、虐待防止委員会、介護事故予防委員会などの専門委員会が分析結果に基づいて改善計画を策定し実施しています。この取り組みにより、福祉サービスの質が持続的かつ組織的に向上し、利用者と職員双方に安心・安全な環境を提供する体制を整えています。また、教育および研修体制が法人内外で整備され、職員の資質向上に関して基本方針や具体的な計画が明記されています。このような包括的な取り組みによって、施設全体における支援の質が向上し、職員の専門性および意欲を高める基盤が形成されています。

##### ○利用者を尊重する姿勢

施設の理念および基本方針では、利用者の尊厳を重視し、安全で安心できる環境の提供を明記しています。これらの方針は、パンフレットや施設概要に明確に示されて、利用者や職員に広く周知され、施設全体の共通意識となっています。さらに、年6回実施される利用者懇談会では、職員が利用者からの要望や意見を聞き、反映する姿勢を示しています。家族向けには「和風園だより」などを通じて、年度の方針や重点事項を説明し、施設運営の透明性を確保しています。これらの取り組みを通じて、利用者および家族との信頼関係が構築され、安心感を持って施設を利用できる環境が整備されています。

##### ○安心安全な体制作り

施設は、安心・安全な運営体制の構築に向け、事故、災害、感染症対策を含めた多面的な取り組みを実施しています。事故防止では、ヒヤリハット報告体制が整備され、職員全員が報告可能なシステムが確立され、未然に事故を防ぐための改善が迅速に行われています。災害対策に関しては、地震や火災を想定した避難訓練が定期的実施され、防災マニュアルの整備と職員への周知が徹底されています。さらに、事業継続計画（BCP）の導入により、災害や予期しない事態にも施設運営が継続できる体制を構築しています。感染症対策では、感染症対策委員会が設置され、最新の知見に基づく対策を組織的に行い、感染症発生の予防および迅速な対応が

可能となっています。また、BCP対策は感染症にも適用され、災害時でも利用者の生活を保護する方針が貫かれています。

#### ◇改善を求められる点

##### ○施設での快適性の確保

施設の快適性については、開設から33年が経過し、建物の老朽化が深刻化しており、多くの修繕箇所が報告されています。家族からは障子の破れといった具体的な指摘があり、職員の自己評価でも室内の整理整頓に低い評価が見られます。さらに、職員不足が修繕の遅れに影響していることが指摘されています。日常的な清掃や環境整備は行われていますが、利用者の快適性を一貫して高く保つため、今後の修繕方法についての取り組みを検討することが求められます。

##### ○職員の研修機会の不足

施設における職員の研修機会の不足は、改善を要する重要な課題として認識されます。職員の自己評価からも、多忙さや人員不足が原因で必要な研修に参加できていない状況が多く、職員に共通して見られます。例えば、個人情報保護に関する研修では、利用者のプライバシー保護に必要な知識の習得が求められますが、一部の職員は参加できていません。この状況は、情報管理におけるリスクを高める要因となり得ます。また、感染症対策の研修についても、新型コロナウイルス流行時には迅速な対応が必要とされましたが、一部の職員が未参加であるため、対策が不十分となる可能性があります。口腔ケアを含む利用者の健康維持に関する研修でも同様に、参加の制限がケアの質に影響を及ぼす懸念が生じています。他の必要な研修への参加も十分ではない傾向が伺えます。これらの状況から、今後、職員不足の問題に対処し、業務負担の軽減を図ることで、職員が必要な研修を受講できる体制の構築が望まれます。社会全体での福祉人材不足の問題から人員確保は困難を伴いますが、質の高い支援を維持するための施策を進めることが期待されます。

##### ○利用者と地域との交流

過去には、近隣の団地にて月2回のお茶会や保育所および小学校との交流、中学校の職場体験、さらに近隣ショッピングモールでの買い物といった、利用者と地域との積極的な交流が実施されていました。しかし、感染症の流行により、多くの活動が中断を余儀なくされました。最近では、動画を活用した小学校との交流、車を利用した近隣公園への外出、中学生の職場体験の再開準備など、感染症対策を講じつつ、地域交流の再開に向けた取り組みが進められています。地域交流は、利用者の精神的充実感や社会的つながりの維持に寄与するものであり、オンラインによる活動を含め今後も地域交流を進めていくことが期待されます。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

当施設は、平成 23 年度より第三者機関による評価を受審しており、今回が 5 回目になります。今回、客観的な視点から調査・評価を頂き、サービスの質の成果、サービスの具体的な改善点が明確化され、とても良い機会になりました。また、利用者の方々のご意見や要望、ご家族の思いや意向なども知ることができました。今回の評価結果と総評でご指摘を受けました課題につきましては、改善に向け取り組みを実施します。また、高評価をいただいた点につきましても、なお一層の充実を図る所存です。これからも利用者様、ご家族様、そして地域の皆様から信頼される施設運営に尽力して参ります。最後に、福祉工房様には丁寧な調査や評価のまとめを実施していただきましたことに、心より感謝申し上げます。

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 (b) c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設の理念および基本方針は、施設のパンフレットや施設概要に記載され、利用者の尊厳の尊重、安心できる環境の提供、地域との交流、環境への配慮、健全な施設運営が明確に示されています。新入職員や転任者に対して随時説明が行われ、その他の職員には期初に事業計画書などを含む資料が配布され、会議で説明されています。また、利用者には施設内に掲示し、日常的に目に触れるよう配慮されています。職員の自己評価によると、多くの職員は施設の理念を理解し、これを意識した支援を行っていることが伺えますが、一部にはまだ十分に理解が浸透していない職員も見受けられます。今後は、職員へのさらなる理解促進が期待されます。</p>		

#### I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
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。	a (b) c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の宮城県社会福祉協議会が県と連携して作成した「第三期地域福祉支援計画」の冊子には、社会的な福祉環境や県内各地域の福祉状況が詳細に記載されています。園長は法人の施設長会議で説明を受け、職員にもこの冊子が配布されています。一方、施設の利用率の推移や収益状況に関しては、各係のリーダーに報告され、リーダーから一般職員へ説明が行われています。職員の自己評価では、経営状況への関心が必ずしも高くない状況が見られます。今後は、職員が施設の経営に対してより積極的に参加意識を持てるような取り組みを検討することが期待されます。</p>		

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画には各活動項目の結果が詳細に記載され、年度初めには職員への配布と説明が行われています。コロナの影響により、直近数年の利用率の低下が問題となっており、今年度の重点項目として「安定経営のための利用率の向上」が掲げられています。現在、利用者の健康管理の徹底や、法人内の隣接施設である「なごみなの里」との連携を強化し、利用者の確保に取り組んでいます。利用率の向上に加え、コロナの影響で停滞していた地域との連携など、他の方針も同時に重点項目として取り組み、推進していくことが期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人で作成した「第三期地域福祉支援計画（令和5年～8年）」を施設の中・長期計画として位置づけ、これに沿った中・長期的な取り組みが行われています。この冊子は正職員全員に配布され、内容の確認が指導されています。しかし、この計画は高齢者施設以外の分野の取り組みも含まれているため、職員の中には施設としての目標やビジョンを十分に理解できていない面も見受けられます。今後は、法人の冊子を基に、施設が目指す方向性をより明確に示す取り組みを進めることが期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>年度の事業計画は「第三期地域福祉支援計画」および施設としての課題をもとに作成され、具体的な項目ごとに目標値が明確に示されています。しかし、項目ごとの目標設定となっているため、全体としての取り組みの方向性が見えづらくなっている面もあります。現状の事業計画に加え、全体の総括を掲載し、職員に、より明確な方向性を示すことが期待されます。</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・(b)・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は各部門の反省をもとに翌年度の目標を設定し、当年12月に一次計画を作成、翌年2月から3月にかけて見直しが行われています。しかし、職員の自己評価からは、各部門での反省や話し合いが十分に行われていない面も見受けられます。各部門の振り返りや翌年度の計画策定の取り組みを強化し、職員一人ひとりが計画に対して当事者意識を持てるような働きかけが期待されます。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設では年6回、利用者懇談会が行われ、職員と利用者が話し合う場が設けられています。4月または5月の懇談会では、年度の事業計画のうち利用者に関わる項目について説明が行われています。施設内には重点項目を記載した資料を掲示し、利用者が日常的に確認できるよう配慮しています。家族会は参加者が少なく、現在は廃止され、代わりに家族懇談会が設けられていますが、直近数年はコロナの影響で開催されていません。年4回発行される広報誌「和風園だより」に方針と重点項目が記載され、年度初めには園の取り組みも紹介され、家族に施設の計画を伝えています。今後はコロナの状況を見ながら、家族懇談会を再開し、事業計画等を直接説明する機会の創出が期待されます。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員による毎年の介護技術に関する自己チェック、3年に一度の第三者評価、その間の2年間に全職員の自己評価が実施され、サービス評価委員会によって評価結果の分析が行われています。さらに、虐待防止委員会や介護事故予防委員会などの専門委員会が、分析結果を基に改善計画を立案・実施しています。このような多層的な評価体制と組織的な確認を通じて、施設全体でサービスの質の向上が継続的に推進されています。これにより、利用者と職員双方にとって安心・安全でより良い環境の構築が進められています。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス評価委員会を中心に、支援の質に関する分析や課題の確認が行われ、専門委員会によって計画的な改善策が実施されています。このように、組織的な支援の質向上の仕組みは確立されていますが、職員個々の支援の質向上への取り組み、例えば目標設定や必要な研修の受講については改善の余地があると自己評価でも示されています。結果として、支援に必要な知識が不足していると感じたり、不安を抱える職員も見受けられます。今後は、職員のスキルアップを支援する取り組みや計画的な研修の強化が期待されます。</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。	a (b) c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>園長の役割と権限、責任は法人の事務分掌によって明確化されており、年間の方針は期初の職員会議で説明されています。利用者に対しても、定期的に行われる懇談会で説明が行われ、家族には年度初めの広報誌に主な取り組みを簡潔に記載し、報告しています。さらに、事業報告書では、前年度の結果をもとに今後の取り組みに関する文章が作成され、職員に説明されています。今後は、職員に対して園長の方針をより明確に理解してもらうために、説明資料の全員への配布なども期待されます。</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。	(a) b c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>園長は毎年2回法人で行われるコンプライアンス研修に参加すると同時に外部での研修にも参加し、法令遵守に関する取り組みを確認しています。施設内でも全職員に対し、法令遵守に関する研修が行われ、施設内でコンプライアンスに反する行為が見られた場合の通報制度も設けられています。</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 (b) c
<p>職員による支援技術のセルフチェックシステムや毎年の自己評価、サービス評価委員会の設置、専門委員会での改善検討などを通じて、支援の質に関する課題の確認と改善が組織的に進められています。これにより、福祉サービスの質の向上が継続的かつ計画的に実施されています。しかし、全体的な職員不足の影響から、職員が望む研修に十分参加できていない面も見受けられます。今後は、支援の質の向上の仕組みをさらに効果的に機能させるため、職員が必要な知識を習得し、スキルを向上できる支援体制の強化が期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設では、スタッフ会議や運営会議を通じて定期的に経営状況が報告され、改善のための話し合いが行われています。各部門のリーダーは、会議での内容を一般職員に伝達し、各部門で運営改善に関する議論が行われています。しかし、職員の自己評価からは、施設の経営に対する関心が必ずしも高くない状況がうかがえます。今後は、リーダーによる各部門での取り組みをさらに強化し、一般職員の経営参加意識を高めるための施策を検討し、実施していくことが期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>社会的な福祉人材の不足により、施設でも新規採用が十分に行えない状況が続いています。そのため、法人と連携して継続的な採用活動を行い、不足時には人材派遣で対応しています。今後は、採用活動を継続するだけでなく、現職員の定着を図るための取り組みをさらに積極的に進めていくことも期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人全体の倫理綱領や行動指針には、福祉に携わる者としての姿勢が記載されており、職員には入職時などに説明が行われています。また、施設内に掲示され、日常的に確認できるようになっています。人事考課は法人の規定に基づき年2回実施されており、課長や係長の意見をもとに副園長が評価を行い、園長が二次評価を実施します。評価結果は副園長から職員へフィードバックされ、面談も行われています。ただし、年2回全正職員に実施されるため、職員の意向や意見、将来へのアドバイスを十分に行うことは時間的に難しい面があります。そのため、園長による年1回の個別面談が別途行われ、これを補完しています。</p>		

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
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>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員の労務管理は事務部門が担当し、必要に応じて園長への報告が行われています。人員不足が恒常的に続いている状況の中でも、職員の家庭事情に応じたシフト調整が行われ、ワークライフバランスに配慮しています。しかし、休暇が取りやすい環境とは言い難く、職制を通じて有給休暇の取得を推奨しているものの、十分とは言えない状況です。今後は、人員の適正な配置を継続的に進め、職員が気持ちに余裕を持って業務に取り組めるよう、さらなる改善が期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員の自己評価によると、支援の質の向上に熱意を持ち、日常的に高度なスキルや知識の取得を目指している職員が多く見られます。職員は毎年研修目標を設定し、その達成に向けた取り組みを進めています。昨年度までは、その目標に対し部門の係長が面談を行い、目標の妥当性や進捗状況に関するアドバイスを提供していましたが、今年度からは副園長が新任職員のみと面談を行い、一般職員は自己確認に限られるようになりました。職員が適切な目標を持ち、必要なアドバイスを受けるためにも、一般職員に対しても従来のように面談を再開し、職員の質の向上を支援する取り組みを行うことが期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設の基本方針には職員の資質向上が掲げられており、毎年の事業計画にも具体的な研修計画が記載されています。研修は法人研修、施設内研修、外部研修の3つの形式で実施され、全体的な研修体系が整備されています。研修は階層別、専門分野別、基礎研修などに体系化されており、施設に設置された研修委員会により、施設内研修の企画・実施や外部研修の案内が行われています。</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 (b) c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員一人ひとりの研修受講記録や資格は一覧表にまとめられ、必要な研修の受講漏れがないよう管理されています。新入職員は法人での基礎研修の後、施設に配属されてOJTによる指導が行われます。指導担当として係長が配置され、さらに相談担当も配置されています。外部から案内された研修については、回覧などを通じて全職員へ情報提供が行われています。施設は職員の資質向上に向けた適切な取り組みを行っており、内容的にも充実しています。職員の多くは高度なスキルや知識の習得に意欲的ですが、人員不足の影響もあり、必要な研修を受講できていない状況が自己評価からも見受けられます。今後は職員の継続的な確保に努めるとともに、研修機会の確保に向けた取り組みが期待されます。</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 (b) c
<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、受け入れ体制は常に整っていますが、昨年まではコロナの影響で実習生の受け入れが中断されていました。今年度から受け入れが再開され、現在は1名の実習生を受け入れています。実習の指導は係長および担当者が行い、学校との連携も確保されています。今後も継続的に実習生の受け入れを進め、専門職の育成に貢献し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)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設では、運営の透明性を確保するため、情報公開に積極的に取り組んでいます。ホームページには法人の決算情報や施設の概要、活動状況が掲載されています。また、広報誌を年4回発行し、関連機関や行政、地域への配布を行い、情報共有を図っています。寄せられた苦情についても、苦情対応規定に基づき必要な条件のもとで公表することが定められています。さらに、受審した第三者評価についても常時公表され、透明性の高い運営が維持されています。</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。	(a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設の事務処理や経理処理は法人の規定に従って行われており、毎年2回、法人から業務および会計に関する監査が実施されています。監査で指摘された事項については、迅速に改善計画を作成し、1週間以内に法人へ報告する体制が整っています。</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上げるための取組を行っている。	a・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>現在、コロナの影響により地域との交流は中断していますが、コロナ以前には近隣の団地での月2回のお茶会、保育所・小学校との交流、近所のショッピングモールへの買い物、中学生の職場体験など、地域の方々との積極的な交流が行われていました。最近になり徐々に活動を再開し始めており、動画を活用した小学校との交流や、車を利用した近隣公園への外出を実施し、中学生の職場体験も来年度から再開予定です。今後も、コロナの状況を見ながら、地域との交流をさらに広げていく取り組みが期待されます。</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。	<b>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティア受け入れのマニュアルが整備され、コロナ以前は積極的な受け入れが行われていましたが、コロナの影響で一時中断していました。昨年度より受け入れを再開し、毎月個人やグループによる訪問が行われ、紙芝居、縫物、マスコット作りなどが実施されています。さらに、地域の学校教育への協力として中学生の職場体験を受け入れ、小学生とは動画を活用した交流も行っています。</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。	<b>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人が運営する地域支援センター「なごみな」との併設により、幅広い社会資源と連携が行われています。宮城県老協の塩釜、多賀城、黒川地区連絡協議会、医療機関、行政、消防署や消防団との連携に加え、大和町社会福祉協議会との年2回の連絡会や、富谷市の包括支援センター4ヶ所との協力も確立されています。これにより、施設は多様なネットワークを活用し、必要な社会資源を適切に確保しています。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設では、大和町社会福祉協議会との連絡会や地区会長との打ち合わせ、避難訓練時の地域消防団や2地区の婦人会との連携、さらに職場体験を通じた地域の学校との協力を通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めています。コロナの影響で地域住民との交流が希薄になっていた面もありますが、今後はコロナの状況を見ながら、他の活動と併せて、より積極的に福祉ニーズの把握に取り組むことが期待されます。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域の福祉ニーズへの対応は、施設が位置する「なごみの里」全体で行われています。また、災害時の福祉避難所として、大和町、大郷村、富谷市と福祉避難協定を結び、災害弱者の受け入れ体制を整えています。これにより、地域社会における福祉ニーズへの対応と公益的な役割を果たしています。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設では、利用者の尊重が理念および基本方針に明確に掲げられており、事業計画書に記載されています。事業計画書は毎年全職員に配布され、職員全員が方針を理解・共有するよう努めています。さらに、今年度は園長による権利擁護に関する研修が全職員を対象に実施され、職員の意識向上に寄与しています。職員は年2回、権利擁護に関するセルフチェックを実施し、自らの行動を見直し改善の機会としています。これにより、全職員が利用者を尊重したサービスの提供について共通の理解を深めています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設では、プライバシー保護規定が作成され、施設内への掲示により職員への注意喚起が図られています。また、高齢者・障害者虐待防止委員会が設置され、この委員会でもプライバシー保護に関する取り組みが行われています。職員の自己評価によると、大半の職員が利用者のプライバシーを尊重する姿勢を持っていますが、一部においてはまだ不十分な点も見受けられます。今後は、具体例を交えた研修の実施などにより、全職員の意識と対応のさらなる向上が期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設では、ホームページにパンフレットを掲載し、施設の概要を分かりやすく紹介しています。また、パンフレットは病院や居宅支援事業所に配布され、利用希望者には郵送で提供されています。来所する利用希望者やその家族には、パンフレットをもとに料金を含む詳細な説明を行い、必要に応じて施設見学も実施しています。これにより、利用希望者が施設のサービス内容を理解し、適切に選択できるよう努めています。</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 (b)・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設では、福祉サービスの開始時に、利用者や家族へわかりやすい説明を行っています。入所時には、重要事項説明書や生活のしおりを用い、生活相談員が丁寧に説明し、利用者や家族の理解を促しています。さらに、囑託医からも説明が行われ、今後のケアについての話し合いが行われます。これらの説明は習慣的に実施されていますが、明確な手順書はまだ作成されていません。今後は、どの職員でも適切な説明ができるように、手順書の作成が期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉施設・事業所の変更や家庭への移行に際して、福祉サービスの継続性に配慮した対応が行われています。他の施設への移行はほとんどありませんが、移行が必要な場合には情報提供書を作成し、本人および家族の同意を得た上で相手施設に情報を提供しています。また、相談窓口を開設し、本人や家族に必要な資料を提供し、相談支援員が対応を担当しています。これにより、利用者が安心して移行できるようサポート体制が整備されています。</p>		

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設では、利用者満足の上昇を目的として、職員と利用者との懇談会を年に6回開催し、利用者の声を直接聞く場を設けています。また、毎年、利用者アンケートを実施し、その結果は「何でも相談苦情解決委員会」で集計・分析され、利用者のニーズを把握しています。これらの結果に基づき、各委員会で改善策を検討し、実施しています。家族会は現在中止していますが、職員が電話や面会時に個別に家族の要望を聞き取り、サービス向上に役立てています。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設では、苦情解決の仕組みが確立されており、苦情処理規定が作成されています。この規定は重要事項説明書にも記載され、入所時に利用者や家族へ説明されています。規定は施設内に掲示され、施設外の第三者委員の明示や解決後の公表についても定められています。さらに、なんでも相談規定が整備され、各棟および事務所に相談窓口が設置され、相談支援員3名が意見、相談、苦情に対応しています。しかし、昨年度のなんでも相談の件数は1件のみで、制度がまだ利用者や家族に十分に浸透していない懸念があります。今後は、この制度をさらに浸透させ、利用者の意見を積極的に引き出し、さらなる改善を図ることが期待されます。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設では、どのような内容でも相談できる「なんでも相談室」を設置し、各棟に相談窓口を設けることで、利用者がいつでも相談できる体制を整えています。なんでも相談に関するポスターを作成し、施設内に掲示することで、利用者が気軽に相談できる環境を広報しています。また、利用者や家族からの要望があれば、相談室を利用するなど、プライバシーに配慮した静かな環境での対応を行っています。しかし、なんでも相談の活用はまだ低調であり、この仕組みをより効果的に運用するための取り組みを検討していくことが期待されます。</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・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設では、苦情対応規定やなんでも相談規定が作成されており、受け付けた内容は担当職員および園長に報告され、園長からは担当部署や委員会へ報告が行われ、対応に関する指示が出されています。各階には意見箱も設置されていますが、現時点ではほとんど意見は寄せられていません。受け付けた相談は迅速に処理され、対応に時間がかかる場合は途中経過も報告されています。今後は、利用者からの相談や意見をより積極的に聞き取り、適切な対応を行い、支援の質をさらに高めていくことも期待されます。</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。	a・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設では、安心・安全な福祉サービスの提供を目的として、リスクマネジメント体制が構築されています。介護事故予防対策委員会が設置され、リスクマネジメント規定が策定されています。ヒヤリハット事例は統一した様式に記録され、毎月の棟会議および委員会で検討されています。さらに、リスクマネージャーが配置され、法人作成のリスクマネジメント担当表によって体制が整備されています。しかし、職員の自己評価からはヒヤリハットの発生があまり減少していないことが示唆されています。今後は、ヒヤリハットの減少が見られない要因を検討し、さらなる改善策を講じることが期待されます。</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。	<b>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設には感染症対策委員会が設置され、委員会主導で毎年研修が実施されています。研修には外部の専門家を招き、職員の知識と対応力の向上を図っています。また、施設内で感染症が流行した場合に備えた業務継続計画を作成し、迅速かつ適切な対応ができる体制を整えています。</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行っている。	<b>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ハザードマップで一部の棟が土砂崩れの被災想定区域に指定されていることから、緊急時には他の棟への避難を想定しています。毎月の避難訓練に加えて年2回の消防署参加による総合訓練を実施し、利用者と職員の安全意識を高めています。また、安否確認システムを導入し、迅速な対応を可能にしています。BCP（事業継続計画）も作成され、緊急時の業務継続に備えています。さらに、5日分の食品備蓄が確保され、栄養士が管理者となり定期的な入れ替えを行っています。</p>		

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設では、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、適切なサービス提供が行われています。利用者支援に関する基本マニュアルが作成されており、施設の共有サーバーや各棟に紙媒体で保管され、必要な際に常時確認できる体制が整っています。新入職員には2日間、転任者には1日の研修を実施し、マニュアルの理解と実践を支援しています。しかし、職員の自己評価からは、従来からの経験に依存した業務遂行の傾向も見受けられます。今後は、必要なマニュアルに関する研修や勉強会を実施し、標準的な手順の定着をさらに進め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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設では、標準的な実施方法の見直しを行う仕組みが確立されています。毎年の期初に定期的な見直しが行われるほか、制度変更や職員、利用者、家族からの意見をもとに随時見直しが実施されています。朝のミーティングや棟会議、スタッフ会議を通じて支援方法が議論され、必要な変更が検討されています。見直し後は、会議での伝達と回覧により職員全体に周知され、最新情報の共有が徹底されています。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設でのアセスメントは県の様式を使用し、利用者の状態やニーズを確認した上で、入所後2週間以内を目途に個別支援計画書を作成しています。計画書の作成には、介護支援専門員を中心に、栄養士や機能訓練指導員などの多職種が連携して取り組んでいます。また、支援計画書は利用者や家族の同意を得て作成され、個別のニーズを反映したサービス提供に努めています。</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。	a) b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画は、基本的に6ヶ月に一度見直しが行われ、介護保険申請のタイミングに合わせて実施されています。また、利用者の状態に変化がある場合は随時見直しを行い、柔軟に対応しています。見直しの際は、利用者および家族の同意を得ることを原則としていますが、家族が同席できない場合はケアマネージャーが電話で確認を行います。見直し後の内容は、会議等で職員と伝達され、情報の共有が図られています。</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。	a) b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の支援記録は、福祉ソフト「ほのぼの記録ソフト」に入力され、施設内のネットワークを通じて全職員が情報を共有できる仕組みが整っています。また、リーダーがケアプランに基づいた記録方法を指導し、入力内容の統一が図られています。</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) b) c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設では、個人情報保護規定が作成され、職員は入職時に個人情報保護に関する誓約書を提出しています。紙媒体の利用者資料は個人ごとにファイル化され、棟ごとの鍵付きロッカーで保管され、1年経過後は3階の倉庫に移されて管理されています。また、職員は入職や転任時に個人情報に関する研修を受講し、適切な取り扱いが徹底されています。職員の自己評価によると、個人情報管理の理解はほぼ全体に浸透していますが、一部の職員にはまだ理解が不十分な面も見受けられるため、今後も継続的な研修の実施が期待されます。</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。	a・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設では、アセスメントや日常の会話を通じて、利用者の生活歴を丁寧に確認し、その人に合った支援を提供するよう努めています。さらに、24時間シートを作成して生活リズムを把握し、個々のニーズに応じたケアの提供に取り組んでいます。また、眠りスキャンや見守りカメラの導入も検討しており、利用者の安全と快適さを確保する対策が進められています。一方、コロナ禍の影響で外出や日中の活動が制限されており、利用者からは外出の希望も聞かれています。今後は、感染状況を見極めつつ、外出や日中活動の再開を検討するなど、柔軟な対応が期待されます。</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>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設では、利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを重視しており、担当職員制を導入しています。特定の職員が継続的に利用者に関わることで、利用者のニーズや状況を深く理解し、信頼関係を築くよう努めています。また、外部のコミュニケーション研修に参加し、職員の対応スキルを向上させ、質の高い対話を提供することに取り組んでいます。さらに、朝夕のミーティングや会議で利用者に関する情報を職員間で共有し、全員が利用者の状況を把握した上で適切な対応ができるよう配慮しています。このような取り組みにより、利用者一人ひとりに寄り添ったコミュニケーションが実現されています。</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>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員には、虐待防止マニュアルや虐待防止指針が配布され、指針に基づいた対応が指導されています。また、年に2回、職員による虐待防止セルフチェックを実施し、施設内でのリスクを早期に発見し、改善に努めています。このセルフチェックは虐待防止委員会によって作成され、結果は委員会で共有・分析されています。さらに、身体拘束廃止推進委員会を設置し、利用者の権利を守るための取り組みを進めています。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設では、利用者の快適性に配慮した環境整備を目指していますが、開設から33年が経過し、建物の老朽化が進んでいます。修繕が必要な箇所が多く、修理対応が追い付いていない状況です。家族からも部屋の障子の破れなどの指摘があり、職員の自己評価からも室内の整理整頓に対する評価は低い状況です。さらに、職員不足の影響もあり、十分な対応が難しい面が見受けられます。今後は、修繕計画の見直しを行い、徐々にでも快適な環境の提供を目指した取り組みが期待されます。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設では、入浴時の対応についてマニュアルを整備し、職員はこれに基づいて安全な入浴支援を行っています。脱衣室には暖房を完備し、寒暖差による利用者の負担を軽減しています。入浴を拒否する利用者に対しては、個別の事情を考慮し、無理強いせず、時間をずらすなど柔軟な対応を行っています。また、しょうぶ湯など季節の湯を提供し、利用者が快適に入浴を楽しめるよう工夫しています。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設では、利用者の心身の状況に合わせた排せつ支援を行っています。利用者一人ひとりに応じて、紙パンツや布パンツ、パッドを適切に選択し、排せつのパターンを確認した上で、タイミングに合わせた誘導と自立排泄への働きかけを行っています。便秘が続く場合には、医師の指導のもとで便秘薬を処方し、適切な対応を実施しています。また、排尿や排便の量や状態を詳細に記録し、利用者の健康管理に役立てています。夜間対応においても、コールを受けて迅速に支援が行える体制を整え、利用者が安心して過ごせるよう配慮しています。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の身体状況や希望に応じた個別支援を行い、安心して移動できる環境を整えています。利用者ごとに車いすを用意し、2名在籍する作業療法士が高さなど各部の調整を行うことで、快適で安全な移動を実現しています。また、1階ホールにはリハビリ用の機材を設置し、作業療法士によるリハビリ指導が実施され、利用者の身体機能の維持や向上が支援されています。</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。	a (b)・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設では、食事サービス委員会を設置し、毎月会議を開いて利用者の満足度向上を目指した打ち合わせを行っています。厨房は業者が担当し、献立も業者によって作成されていますが、施設の管理栄養士が内容を確認し、栄養バランスや適切な食事内容を確保しています。季節感や楽しさを提供するために、行事食や選択食、誕生日食を取り入れるなど、利用者の喜びにつながる工夫も行っていきます。また、管理栄養士2名が食事状況を巡回して確認し、嗜好の把握にも努めています。一方で、利用者からは食事に関して一部改善を求める声も寄せられており、今後はさらに利用者の意見を反映し、改善を図る取り組みが期待されます。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設では、利用者の心身の状況に合わせた食事の提供と支援を行っています。利用者一人ひとりの状態に応じて、常食、刻み食、ミキサー食などの食事形態を用意し、安全で食べやすい食事を提供しています。また、食事前には口腔体操を取り入れ、嚥下機能を維持するための配慮も行っていきます。食事サービス委員会では、管理栄養士とともに利用者の食事形態や介助方法を検討し、適切な支援を提供できるよう努めています。さらに、栄養ケア計画を作成し、3ヶ月ごとにアセスメントを実施して栄養状態を確認し、必要に応じて食事内容を見直しています。これにより、利用者の健康維持と快適な食事環境の提供を目指しています。</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 (b)・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>歯科医師が月に1回来所し、専門的な診察やケアを提供しており、歯科衛生士も毎週来所して希望する利用者に対して口腔ケアを行っています。これにより、専門職によるサポートが定期的に提供される体制が整っています。一方で、口腔ケアに関する研修を受講していない職員も多く見受けられるため、今後は職員への研修を充実させ、全職員がより質の高い口腔ケアを提供できるよう取り組んで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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設では、褥瘡対策予防委員会を設置し、医療課と協力して利用者の褥瘡予防に積極的に取り組んでいます。職員の知識と技術向上を目的に、年6回の褥瘡予防研修会を開催し、褥瘡の発生防止に努めています。現在、病院や家庭から入所した際に褥瘡を抱えていた利用者2名がいますが、適切なケアにより回復に向かっています。</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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設では、介護職員による喀痰吸引・経管栄養の安全な実施に向けた体制を整備しています。喀痰吸引等安全管理委員会を設置し、看護師を中心に安全管理の徹底を図っています。さらに、介護職員向けに喀痰吸引・経管栄養に関する安全研修を定期的実施しており、昨年度は4名が研修を受講し、今年度も4名が研修を受講中です。一方で、経管栄養に関しては、利用者や家族の意向を尊重し、実施件数が以前より大幅に減少しています。施設としても経管栄養の実施には慎重な姿勢を取り、必要な場合に限り対応しています。</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。	a Ⓑ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設では、利用者の心身の状況に合わせた機能訓練や介護予防活動を行っています。残存機能の維持・向上を目標に、機能訓練や計画書を作成し、個別のニーズに応じた支援を提供してきました。一時的に、作業療法士の退職や産休により訓練が中断していましたが、10月より新たに1名が入職し、徐々に再開する予定です。再開にあたっては、敷地内の散歩などを取り入れ、利用者が無理なく参加できるよう配慮しています。さらに、家族との外出も検討しており、今後は当初の計画に基づき、利用者の心身の健康維持に向けた取り組みを進めていくことが期待されます。</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。	a (b) c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設では、利用者へのアセスメントを通じて、症状や生活歴を確認し、個々の状況に応じた支援を提供しています。精神科医の嘱託医が医師や看護師と連携して認知症の周辺症状を理解し、適切な対応を検討しています。職員は基本的な研修を受け、日常的な関わりでは支持的・受容的な姿勢を心掛けていますが、認知症に関する知識をより深めるための研修の受講は進んでいない面もあります。今後は、職員の認知症に対するスキル向上に取り組み、より質の高いケアを提供できるよう努めていくことが期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設では、利用者の体調変化時に迅速に対応できるよう、健康管理に関するマニュアルや対応フローチャートを作成し、円滑な対応体制を整えています。医療サービス課には看護師が6名在籍し、体調変化に即応する態勢を構築するとともに、日々のバイタルチェックや入浴前の検温・血圧確認を行い、利用者の体調を常に見守っています。また、服薬管理は看護師が中心となり、誤薬を防ぐための適切な管理が徹底されています。今年度から看護師の夜勤を廃止し、日勤のみの対応に変更したことで、夜間対応を見据えた業務の見直しも進められています。しかし、職員不足の影響もあるのか、医療面の研修が十分に行われていないという課題が自己評価から指摘されています。今後は、職員が定期的に医療研修を受講し、対応力向上を目指す取り組みの整備が期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設では、利用者が終末期を迎えた際に、利用者および家族の意向を尊重した対応を行っています。入所時に終末期に関する希望を確認し、終末期が近づいた際には再度、利用者、家族、医師と共に意向を確認しています。対応の手順は明確に定められているものの、現状では口頭での共有にとどまっているため、具体的な手順書の作成も期待されます。また、適切な対応や職員の精神的負担の軽減のためにも、終末期対応に関する職員研修の充実が期待されます。現在、終末期対応にあたる職員への精神的ケアについては、主に課長がサポートを行い、職員の負担軽減に努めています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設では、利用者の家族との連携と支援を重視しています。広報誌を定期的に発行し、施設内の様子や活動内容を家族に伝えるほか、定期的な電話連絡で利用者の様子を共有し、家族の安心につなげています。また、利用者が受診した際には、支援記録に詳細を記載し、速やかに家族へ報告しています。コロナ以前には、施設行事の案内を積極的に行い、家族との交流を深めていましたが、コロナ禍では面会が制限され、「1回10分の面会では短すぎる」との声も聞かれています。今後は、感染対策を踏まえつつ、家族との交流機会の拡充に取り組むことが期待されます。</p>		