

第三者評価結果表

施設名 特別養護老人ホーム 伊保庄園

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

【 評価項目 】		a	b	c	Na
1 理念・基本方針					
(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。					
1	1 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	○			
<p>(特に評価が高い点)</p> <p>・理念と基本方針がパンフレットやホームページ、事業計画等に記載されています。職員には、法人の第3次中期経営計画において、理念・目標の周知徹底を課題として挙げられ、職員会議等を通して、周知徹底を図られており、年1回の調査において、その取り組みの成果を確認しています。</p>					
2 経営状況の把握					
(1) 経営環境の変化等適切に対応している。					
2	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。	○			
3	2 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	○			
<p>(特に評価が高い点)</p> <p>・山口県老人福祉施設協議会の理事会、柳井市社会福祉協議会の評議員会・共同募金委員会等で、社会福祉事業の動向について把握し、法人内の施設長会議や経営会議、施設の運営会議を通じて経営状況を把握・分析しています。</p> <p>・施設内の運営会議やサービス向上会議を通じて施設の現状分析を行った運営報告書が、毎月法人に提出され、法人においても経営会議等を通じ具体的な課題や問題点を明らかにするなど、法人、施設、職員間で相互に運動しながら、課題解決に向けて取り組んでいます。</p>					
3 事業計画の策定					
(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。					
4	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。	○			
5	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。	○			

評価報告概要表

■評価分野別評価結果(分野別の特記事項)

I 福祉サービスの基本方針と組織	a	9	b	0	c	0	Na	0
<ul style="list-style-type: none"> ・理念と基本方針はホームページ、パンフレットに記載され、第3次中期経営計画においても理念・目標の周知徹底を課題として挙げられ、職員会議等を通して、周知徹底が図られると共に年1回の調査において、取り組みの成果が確認されています。 ・施設内の運営会議やサービス向上会議を通じて施設の現状分析を行った運営報告書が、毎月法人に提出され、法人においても経営会議等を通じ具体的な課題や問題点を明らかにするなど、法人、施設、職員間で相互に連動しながら、課題解決に向けて取り組んでいます。 ・中期経営計画に基づいた具体的な取り組みや数値目標が設定された単年度の事業計画が策定され、月1回開催される運営会議では、事業の達成状況をモニタリング・評価し、状況に応じて見直しを検討する等、組織的な取り組みが行われています。 ・3年に1度の第三者評価の受審の他、年1回の施設内自己評価、利用者の満足度調査を実施されており、棟会議及びサービス向上会議において分析・検討されているなど組織で継続的な取り組みが行われています。 								

II 組織の運営管理	a	15	b	3	c	0	Na	0
<ul style="list-style-type: none"> ・施設長は、職員会議や各種委員会等に積極的かつ主体的に関与され、自らの役割と責任について表明すると共に、災害等の有事における役割と責任についても明確にされています。また、福祉分野以外にも、雇用や労働関係などの各種研修会に参加され、復命や施設内研修等で職員へ周知を図るなど指導力を発揮されています。職員一人ひとりの自己申告や面談による希望を確認し、経験に応じた研修計画が作成され、新人職員にはチューター制度による指導育成に力を注がれています。 ・法人の基本方針に基づいた「期待する職員像」を基に、事業団人事評価や個人目標シート等を活用すると共に施設長が全職員と面談し、意見や意向確認が行われています。その結果を元に法人内で適材適所の職員配置が実施されています。 ・改善面としては、介護福祉士・社会福祉士取得に際しての実習受け入れの実績がない状況が続いており、県内に複数の施設を経営する法人の強みも活かしながら養成機関へ積極的に働きかけるなど、これまでと異なるアプローチ等を積極的に模索されることが望まれます。 								

III 適切な福祉サービスの実施	a	18	b	0	c	0	Na	0
<ul style="list-style-type: none"> ・法人の理念である「その人らしさを大切に」に基づき、事業計画内で利用者の自己決定と選択を尊重し、個人の尊厳に配慮した良質なサービス、安心・安全なサービスを提供すると運営方針に掲げ、利用者本位の福祉サービスの提供に向け、プライバシー保護に配慮したマニュアルの策定や、サービス向上会議や各種委員会の開催、研修会参加や内部研修が行われています。 ・利用者満足度を図るため、担当職員が直接利用者への聞き取りを行っています。集計結果は施設内に掲示すると共に各部署へ伝達し、満足度が低い項目については全職員が一体となって改善に取り組んでいます。 ・福祉サービスの標準的なマニュアルは、サービス向上会議や各種委員会で検証・見直しが行われ、施設サービス計画も適切に記録された支援経過やケアチェックアセスメントシートをもとに本人や家族の意向を踏まえ、多職種協働によるケアプラン会議が定期的開催され支援が行われています。 ・リスクマネジメント委員会や感染症対策委員会、災害に関する計画や各種要綱に基づいた訓練などを定期的に実施するなど、常日頃より利用者の安心・安全確保のための取り組みが行われています。 								

IV 良質な個別サービスの実施	a	17	b	0	c	0	Na	0
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者や家族の意向を確認した上で、施設サービス計画書が作成され、ケアプラン会議において、利用者にあった実施可能なサービスとなっており、入浴・排泄・移動支援等については、専門職による指導・助言により利用者一人ひとりにあった介護技術や最新式の福祉機器を活用し、安全で快適な生活支援に努めています。 ・食事は、個別の栄養ケア計画書が作成され、利用者の嚥下状態に応じた食事形態が用意され、食事摂取量が少ない利用者には栄養補助食品を付けるなど、心身の状況に合わせた食事提供が行われています。 ・喀痰吸引等の研修・指導者研修への参加や指導者研修修了看護師によりフォローアップ研修が年2回実施され、介護職員の技術向上に努めておられ、無資格者についても外部研修を受講し、資格取得に努めるなど、介護職員による喀痰吸引等の体制の確立に取り組まれています。 ・昨年度より理学療法士が配属され、より専門的な指導・助言が行われており、レクリエーションや生活リハビリ等を取り入れた利用者一人ひとりの心身の状況に合わせた機能訓練計画書が作成されています。 								

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(2) 事業計画が適切に策定されている。					
6	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。	○			
7	2 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	○			
<p>(特に評価が高い点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基本理念と基本目標の実現に向けた中期経営計画が策定されており、具体的な数値目標並びに発展的かつ安定的な経営を目指すための具体的な取り組みが掲げられています。 ・中期経営計画を基にした事業計画は、職員会議や棟会議、サービス向上会議等による現場からの意見を集約して策定され、月1回開催される運営会議で、事業の達成状況をモニタリング・評価し、状況に応じて見直しを検討する等、組織的な取り組みが行われています。 ・事業計画は施設内の掲示やホームページで公表され、利用者には、利用者懇談会で伝えています。家族には、家族会総会で説明する予定のところ、コロナ禍で開催出来ないために、資料を配布し、周知を図られています。 					

4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組					
(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	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。	○			
9	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。	○			
<p>(特に評価が高い点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・3年に1度の定期的な第三者評価の受審の他、年1回の施設内自己評価、利用者の満足度調査を実施されており、棟会議及びサービス向上会議において分析・検討されているなど組織的で継続的な取組が行われています。 ・評価結果において明確となった課題は、職員会議や棟会議を通して職員に周知され、重要な課題については、事業計画や中期経営計画に盛り込まれ、解決に向けた取り組みが段階的に実施されています。 					

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

1 管理者の責任とリーダーシップ					
(1) 管理者の責任が明確にされている。					
10	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。	○			
11	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。	○			

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。					
12	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。	○			
13	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>(特に評価が高い点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設長は、運営会議及び職員会議の場において、自らの役割や責務について、資料を配布すると共に、自らの言葉で説明されています。 ・施設長は、自ら山口県老人福祉施設協議会や山口県健康福祉財団等の研修に参加され、虐待防止やハラスメント等の最新情報を収集され、職員会議等において、現場職員へ周知を図られています。 ・施設長は、年1回、全職員に対し個人面談を行い、職場環境や職種の異動、研修希望などの聞き取りを行い、次年度の研修計画に組み込む等、職員の福祉サービスの質の向上に意欲をもって取り組まれています。 ・施設長は、経営の改善状況を把握し、課題である雇用面において、従来の雇用方法で足りない部分を人材派遣や障害者雇用等を活用することで、課題克服に努められています。 					

2 福祉人材の確保・養成					
(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	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。	○			
15	2 総合的な人事管理が行われている。	○			
(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。					
16	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。	○			
(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。					
17	1 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	○			
18	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。	○			
19	3 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	○			

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(4) 実習生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	1 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。		○		
<p>(特に評価が高い点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の基本方針に基づいた「期待する職員像」により、事業団人事評価や個人目標シート等を活用すると共に施設長が全職員と面談し、意見や意向確認を行っています。 ・職員に対しては、定期健康診断や腰痛検査、ストレスチェックを実施し、健康管理・安全衛生の改善に努められ、有給休暇やリフレッシュ休暇、育休等の取りやすい環境作りにも取り組んでいます。 ・職員一人ひとりの個人目標シートを提出し、3ヶ月に1度、評価者と面談を行い、目標に対する進捗・達成状況を確認しています。 ・チューター制度による新人教育研修を含め職員一人ひとりの技術・知識・経験年数などに応じた研修が実施されており、研修カードに受講した外部研修の内容を記録し、次回受講研修を選定する際に活用されています。 <p>(改善が求められる点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実習生の受け入れに関しては、前回からの懸案となっていますが、コロナ禍の中にあって更なる課題となっています。とはいえ、福祉人材の育成は、社会福祉法人である福祉施設の社会的責務でもあります。県内に複数の施設を運営する法人の強みも活かしながら養成機関へ積極的に働きかけるなどの工夫が必要と思われます。 					
3 運営の透明性の確保					
(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	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。		○		
22	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。		○		
<p>(特に評価が高い点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホームページにおいて、理念や基本方針、事業計画や事業報告、予算決算や第三者評価の受審内容などが公表され、施設の広報誌において施設内の様子を知らせるなど、運営の透明性を確保するための情報公開が適切に行われています。 ・法人の経理規程をはじめ諸規程について職員が閲覧できる環境が整備され、施設事務、業務分掌により権限と責任を明確化し、適正な経営・運営ができるように外部監査法人による会計監査が行われています。 					
4 地域との交流、地域貢献					
(1) 地域との関係が適切に確保されている。					
23	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。		○		
24	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。		○		
(2) 関係機関との連携が確保されている。					
25	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。		○		

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。					
26	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。		○		
27	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>(特に評価が高い点) ・コロナ禍により利用者と地域との交流が当初の計画通りに実施できていないものの、経営理念である「地域とともに歩む施設づくり」の明文化並びに事業計画で「地域交流の推進」が掲げられ、担当職員が決められるなど、組織として地域との関係を進めていこうという姿勢と、具体的な体制が確立されています。</p> <p>(改善が求められる点) ・地域の福祉の向上のための取組では、コロナ禍による地域との分断の影響が大きいが故に、施設の特性を活かした貢献活動の重要性が求められています。事業計画にも記載された地域安心ネットワークやセーフティネット機能の発揮の再構築が望まれます。</p>					

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

1 利用者本位の福祉サービス

(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

28	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。	○			
29	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。	○			

(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	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。	○			
31	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。	○			
32	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。	○			

(3) 利用者満足の向上に努めている。

33	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。	○			
----	-----------------------------------	---	--	--	--

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(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	1 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	○			
35	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。	○			
36	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。	○			
(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	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。	○			
38	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。	○			
39	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ます。	○			
<p>(特に評価が高い点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の理念である「その人らしさを大切に」に基づき、事業計画や職員行動規範に利用者を尊重した福祉サービスの提供が明示され、その取り組みとして意思決定支援会議の開催、身体拘束廃止・虐待防止研修を開催し、職員が共通の理解をもつための取り組みが行われています。 ・ホームページに施設の紹介をはじめ利用ガイドや入所のしおりが掲載され、コロナ過で施設見学は一時中断されていますが、電話での対応、来訪者には施設パンフレットを渡すなど、利用希望者に対して必要な情報提供がされています。 ・利用者満足度を図るため、担当職員が直接利用者への聞き取りを行っており、集計結果は施設内に掲示すると共に各部署へ伝達し、満足度が低い項目については全職員が一体となって改善に取り組んでいます。 ・利用者懇談会や施設内に設置された提案箱の他、居室以外に面談室やサンルーム等を活用して意見が述べ易い環境を整備しており、日常生活の中では、利用者が相談しやすいように職員から自然に働きかけています。 ・安心・安全な福祉サービスの取組では、ヒヤリハット・事故報告書の提出後に、生活相談員や棟リーダーを中心に対応策について話し合うと共に、リスクマネジメント委員会を月1回開催し、内容の分析・改善策の検討が行われ、事故の再発防止に努めています。 					

2 福祉サービスの質の確保					
(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	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。	○			
41	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。	○			

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(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	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。	○			
43	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。	○			
(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。					
44	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。	○			
45	2 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	○			
<p>(特に評価が高い点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・提供する福祉サービスの標準的な実施方法である各種マニュアルは、対応する各委員会で協議・見直しが行われ、サービス向上委員会や職員会議等を通じて職員に周知されています。 ・身体状況、本人の意向などを記載したケアチェックアセスメントシートを基に、多職種間で共有されたケアプラン会議において福祉サービス計画が適切に策定されています。 					

IV 良質な個別サービスの実施(特養)

【 評価項目 】		a	b	c	Na
A-1 生活支援の基本と権利擁護					
(1) 生活支援の基本					
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。	○			
2	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。	○			
<p>(特に評価が高い点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・コロナ禍で、外出などの制限がある中、出張理美容や好きな洋服を着てのおしゃれやリハビリ時に習字やパズルで楽しむなど、利用者の気持ちに寄り添った支援が行われています。 ・難聴や認知症の進行状況により、声の大きさ、声掛けの内容等を変えながら、コミュニケーションを図っており、意思疎通が困難な利用者に対しては、絵や写真での確認、筆談、スキンシップ、ジェスチャー等を用いながら、本人の気持ちをくみ取っています。 					
(2) 権利擁護					
3	1 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	○			
<p>(特に評価が高い点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・身体拘束廃止に関する指針や高齢者虐待防止の手引が定められ、身体拘束ゼロ検討委員会が毎月開催されるとともに、緊急やむを得ない場合の具体的な手順が定められ、家族への説明や同意を得て実施記録も適切に記されています。 					
A-2 環境の整備					
(1) 利用者の快適性への配慮					
4	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。	○			
<p>(特に評価が高い点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多床室は、カーテンやパーテーションを使用することでプライバシーの保護に努められています。 ・壁に家族の写真や装飾品を飾る、好きな歌手の音楽をかける、季節の花を飾る他、私物を持ち込むことも可能な限り許可されており、利用者が自宅と同じように過ごせるよう配慮しています。 					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
----------	--	---	---	---	----

A-3 生活支援					
(1) 利用者の状況に応じた支援					
5	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。	○			
6	2 排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	○			
7	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。	○			
<p>(特に評価が高い点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の身体状況により、特殊浴槽・個浴が選択でき、入浴前には、看護職員によるバイタルチェックが実施され、体調不良等がある利用者については、清拭・シャワー等で個別対応されるなど、利用者の心身の状況によって実施されています。 ・利用者一人ひとりにあった排泄用品の選択、トイレ誘導・オムツ交換時間の見直しを行うと共に、栄養士の助言を得て健康食品を利用するなど、薬に頼らない自然な排泄を実践されています。 ・理学療法士からの指導・助言により、利用者にあった移動方法が選択されており、車椅子選定では、離床アシストロボットの導入の他、フローチャートが作成され、身体状況に合ったものを提供できる体制が取られています。 					

(2) 食生活					
8	1 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	○			
9	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。	○			
10	3 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の嗜好調査が行われ、郷土料理や季節を感じる食材の使用、行事では天麩羅やお寿司、素麺流し等を取り入れられている他、麺類のトッピングの選択が可能になっています。 ・利用者の嚥下状態に応じて、普通食・ソフト食・ゼリー食・ミキサー食の食事形態が用意され、食事摂取量が少ない利用者には栄養補助食品を付けるなど、心身の状況に合わせた食事提供が行われています。 ・利用者の状況に応じた個別の口腔ケア・マネジメント計画に基づいて、口腔内の衛生保持に関する支援が行われており、口腔ケア対応困難者については、歯科医師や歯科衛生士へ相談できる体制が整備されています。 					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
----------	--	---	---	---	----

(3) 褥瘡発生予防・ケア					
11	1 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡発生予防・対応の指針・マニュアルが整備されており、月1回の褥瘡対策委員会で、予防・対応策についての検討が多職種連携のもとで取り組まれています。 ・施設内研修では、体位変換、ポジショニング等の実演や栄養管理の方法など、職員の技術向上に努められています。 					

(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養					
12	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>(特に評価が高い点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・喀痰吸引等の研修・指導者研修への参加や指導者研修修了看護師によるフォローアップ研修が年2回実施され、無資格者についても外部研修を受講し、資格取得に努めるなど、介護職員による喀痰吸引等の体制を確立しています。 					

(5) 機能訓練、介護予防					
13	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>(特に評価が高い点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・昨年度より理学療法士が配属され、より専門的な指導・助言が行われており、利用者及び家族の意向に沿った、個別の機能訓練計画書が作成されています。 ・レクリエーションや趣味活動の他、タオルたたみやおしぼり巻き等の生活リハビリを取り入れるなど、利用者一人ひとりの心身の状況に合わせた訓練が実施されています。 					

(6) 認知症ケア					
14	1 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症ケアについて、外部・内部研修を通じ、職員の知識・技術の向上に努められています。 ・利用者一人ひとりの日常生活能力、機能、生活歴について記述されたケアチェックアセスメントシートを基に、利用者が安心して生活できるような声かけや対応、環境作りに取り組まれています。 <p>(改善が求められる点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・行動・心理症状(BPSD)のある利用者には、支持的、受容的な関わり・態度を重視した援助が必要となります。一定期間の観察と記録を行い、症状の改善に向けたケアや生活上の配慮を行うよう工夫してみてください。 					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
----------	--	---	---	---	----

(7) 急変時の対応					
15	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>(特に評価が高い点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の体調変化時や異変に気付いたときは緊急時対応チャートにより医療機関と連携する手順が確立されており、普段は、看護師、介護士をはじめ多職種協働により利用者の体調確認を行い、その結果は適正に記録されています。 ・職員に対しては、感染症や食中毒などの研修も行われ急変時に備えた取組みを行っています。 					

(8) 終末期の対応					
16	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>(特に評価が高い点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看取り介護のマニュアルが整備され、終末期ケアの手順・対応が明確化されている。入所時に看取り介護についての聞き取りが行われ、終末期を迎えた際に意向に沿ったケアが行えるよう取り組まれている。看護師を中心とした終末期ケアの研修も年1回実施されており、嘱託医を含めた施設全体での体制整備が行われています。 					

A-4 家族等との連携					
(9) 家族等との連携					
17	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>(特に評価が高い点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・コロナ禍にて、ビニールカーテン越しの面会の実施、会話できる利用者については、電話の機会を設け、面会の難しい家族には、担当介護員から月に1回の連絡を入れるなど、可能な限りの対応をされている。また、利用者貴重品管理要綱に基づく預り金の定期的な報告や近況報告、行事参加時の写真送付等、家族を不安にさせない取組みをされています。 					