

# 福祉サービス第三者評価結果

## ①第三者評価機関名

有限会社 保健情報サービス

## ②施設の情報

|                                 |                                      |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| 名称：特別養護老人ホームいこいの杜               | 種別：介護老人福祉施設                          |
| 代表者氏名：施設長 奥田 恵子                 | 定員（利用人数）： 80名                        |
| 所在地：鳥取市湖山町西3丁目113-1             |                                      |
| TEL：0857-32-0151                | ホームページ：http://www.tottori-kousei.jp/ |
| 【施設の概要】                         |                                      |
| 開設年月日：平成20年4月1日                 |                                      |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 鳥取県厚生事業団 |                                      |
| 職員数                             | 常勤職員 57名 非常勤職員 28名                   |
| 専門職員                            | 施設長 1名 看護師 2名                        |
|                                 | 生活相談員 1名 相談員補助 1名                    |
|                                 | 看護師 7名 介護職員 14名                      |
|                                 | 介護職員 40名 調理員 4名                      |
|                                 | 管理栄養士 1名 その他 7名                      |
|                                 | 理学療法士 1名                             |
|                                 | 事務員 2名                               |
|                                 | 調理員 2名                               |
|                                 | 警備員 2名                               |
| 施設・設備の概要                        | ユニット型個室 80室 個浴槽 4カ所                  |
|                                 | (トイレ、洗面台付) リフト付き個浴槽 5カ所              |
|                                 | 相談室 2ヶ所 特殊浴槽 2ヶ所                     |
|                                 | 家族室 1ヶ所 食堂・談話室 8カ所                   |
|                                 | 台所（対面キッチン） 8カ所                       |
|                                 | 医務室 2ヶ所                              |
|                                 | 地域交流ホール 1ヶ所                          |

## ③理念・基本方針

### 【基本理念】

利用者一人ひとりを、主体性を持った個人として尊重し安らぎと喜びのあるその人らしい暮らしが送れるようまごころで支援します。

### 【基本方針】

- ・利用者が楽しく生き生きと安心して過ごすことができる環境作りに努めます。
- ・より良いサービスを提供するために専門職としての倫理と誇りを持ち技能の研鑽に努めます。
- ・利用者、家族、地域住民との連携を強め、地域に開かれた信頼される施設づくりに努めます。

### 【施設キャッチフレーズ】

まごころと笑顔があふれるいこいの杜

大切なことは「介護が必要になってもごく普通の生活を営むこと」

#### ④施設の特徴的な取組

10名を一つの生活単位（ユニット）として、一人ひとりの生活のリズムに合わせたケア（個別ケア）を行う小規模生活単位型特別養護老人ホームです。

・居室は全室個室です。

○入居者のダウンテンポに合わせた支援の仕方

○個別ニーズの把握と対応

○認知症高齢者の生活のしづらさを理解した支援

○入居者の声なき声を読み取る力（心）

身体の衰え、人生の喪失感を理解し寄り添う介護

○優しさを伝えるユマニチュードの手法を基本とするケア及び集中研修

○家族との情報共有に努め、入居者と家族の良好な関係の継続と施設理解に向けてのコミュニケーション

○地域住民との交流 地域高齢者の孤立支援

○「過す」環境に着目したケアの視点

#### ⑤第三者評価の受審状況

|              |                                       |
|--------------|---------------------------------------|
| 評価実施期間       | 令和5年7月10日（契約日）～<br>令和6年1月15日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時） | 4回（令和3年度）                             |

#### ⑥総評

##### ◇特に評価の高い点

・入所者一人ひとりに対して優しさを伝え、主体性を持った個人として尊重し、尊厳を守っていくユマニチュードの手法を行うケアが行われており、また多職種が連携することによりチームで協働し、より充実したケアを目指しています。

・利用者一人ひとりの意向や気持ちに寄り添い、表出できない方は、表情や行動を確認しながら寄り添いできる限り自主決定できるように支援が行われています。

・ユニット毎に、利用者の情報を共有するための24時間シートや些細な変化にも対応・情報の記入・共有ができる24時間日誌など、きめ細かいケアが出来るように配慮がなされています。

・若い職員が多い職場ですが、新人職員に対してはエルダー制が導入されており、接遇やケアの技術、職員間の連携等の研修や育成する仕組みが確保されており、職員が自信をもって働いていることが、ヒヤリングや見学等で確認できました。

##### ◇改善を求められる点

・当施設の職員の育成するシステムが確立されており、法人内でも人材育成の職場と

して頼られる現状です。そのため、職員の異動が発生しやすく、次期の責任者（リーダー）育成に課題が残ります。

- ・職員の若年化に伴い、利用者の思いへの寄り添い、日常生活リハビリの意義を理解した支援やケア中のちょっとした配慮等が行なえる「ついでのケア」のような巧妙な技術を習得し配慮の面が充実されていることに期待します。

#### ⑦第三者評価結果に対する施設のコメント

地域福祉を中心とする社会において、当施設の存在、役割を地域に発信させ、地域への溶け込み方やニーズの収集方法等模索し、一歩進んだ地域福祉ニーズの向上に努めて参りたいと思います。また、当施設の人材育成方法に加えて、専門職以上の専門者として育成できるよう「気づく」だけではなく「気づいて、気遣うことのできる」職員が一人でも多く育つよう更なる努力をし、入居者の方に喜び、安心を提供して参りたいと思います。

#### 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。

平成27年度より判断基準(a、b、c)の考え方が、「よりよい福祉サービスの水準へ誘導する基準」となるよう以下のように変更になりました。

「a」 より良い福祉サービスの水準（質の向上を目指す際に目安とする状態）

「b」 「a」に至らない状態、多くの施設・事業所の状態（「a」に向けたと取組みの余地がある状態）

「c」 「b」以上の取組みとなることを期待する状態

## 第三者評価結果（特別養護老人ホーム）

### 共通評価基準（45項目）

#### 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理念や基本方針、年度の方針等はパンフレットや施設の掲示板や共有スペース等に掲示されています。</p> <p>事業計画などは広報誌に記載があり、広報誌は毎年関係者に送付されています。</p> <p>職員には、4月の代表者会議で、今年度の方針を説明し配布し、それをユニット会議に下し周知が図られています。</p> <p>利用者様には、毎年5月、個々に理念、基本方針、事業計画を分かりやすい言葉で説明しておられます。</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>鳥取市は、介護保険事業計画・高齢者福祉計（第8期）はいつでも閲覧できるよう各部署に配布し伝えている。職員会議等でも伝えておられます。</p> <p>経営協のセミナー等に参加し、福祉の動向を把握し参考に出来るようにしておられます。</p> <p>福祉サービスのコストや分析、利用者の推移、利用率の分析は、毎月代表者会議の資料に提示し稼働率の分析を説明しておられます。</p> <p>経営状況やコスト等は、四半期毎に分析、資料を作成分析行い、現場職員にも、具体的に説明がなされています。</p> <p>利用者や福祉サービスで求められているニーズに応えられるように取組んでおられます。</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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月の稼働率、入退所状況、光熱費の使用料等の運営状況を分析し、毎月法人の代表者会議に資料添付して報告がなされています。</p> <p>代表者会議内容は、ユニット会議、部署会議で報告し周知を図られています。</p> <p>施設の経営状況や課題は、施設長会や理事会等で報告し、法人全体で情報を共有しておられます。</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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>中・長期計画においては、理念や基本方針の実現に向けた目標を明確にした上で、経営課題や問題点の解決・改善に向けて取り組んでおられます。</p> <p>中・長期計画において5年のビジョンを明確にされ、令和5年度から5年計画が始まりました。</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>毎年、中・長期計画を踏まえた単年度計画が策定されています。</p> <p>単年度の事業計画は福祉サービスの質の向上や専門性の向上等に重点が置かれ、具体的な内容、数値目標で策定されています。</p> <p>令和3年度は多職種協働によるチームケアの充実、経営改善・基礎の確立、職員の資質向上と人材育成、地域との連携・交流の促進、労働環境の整備の5つの柱で構成されています。</p> <p>年度途中に進捗状況を確認し評価を行い、年度末には事業総括をし、次年度の計画に繋げておられます。</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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>前年度の総括をもとに事業計画を策定し、代表者会請、リーダー会、ユニット会議等で内容を共有し周知を図っておられます。</p> <p>事業計画内には、職員の育成、研修計画等とも含まれており、具体的に実施できるよう法人にも理解・支持をもらっておられます。</p> <p>事業計画は、定期的に進捗状況を確認し、計画通りに実施されています。</p> <p>4月の代表者会議の資料の中に「事業計画作成にあたって」というページを設け、各種委員会と事業計画がリンクするように説明しておられます。</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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は、年度当初の広報誌「いこい便り」に記載し、家族や地域に送付し周知が図られています。</p> <p>利用者へは分かりやすい説明文書を作成し、5月に各ユニットを回り理解度に応じてゆっくりと丁寧を心掛け、一人ひとりに説明しておられます。</p> <p>各ユニットに閲覧ファイルを配置し、いつでも、誰でも見られるようにしておられます。</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       |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         認知症推進委員会の 目的の中にユニットケアの専門性の向上を図る項目を入れ、具体的内容として、ユニット間の相互評価の取組みを実施し毎年、計画、実施し、サービスの向上に努めておられます。<br/>         昨年度の残された課題と新たな課題を抽出し、計画、実行、評価、改善へとつなげておられます。<br/>         表出された課題について、P D C Aサイクルで改善に努められています。<br/>         第三者評価は3年に1度受審しておられます。<br/>         サービスの質の向上を目指し、利用者・家族アンケートの実施、結果公表、意見の反映が行われています。</p> |   |   |
| 9   | 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。 | a |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         ユニット間の相互評価結果や第三者評価結果、アンケート結果等の結果を、評価結果を基に、ユニット介護等で改善策を話合ったりして、課題の共有が図られています。<br/>         年度末には、リーダー会や代表者会語、総括会議等で報告し、次年度につなげておられます。</p>   |   |   |

## 評価対象Ⅱ 施設の運営管理

### 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         4月の代表者会議資料、職員会議資料、毎月の代表者会議資料において経営、管理に関する方針を文書や口頭で説明しておられます。<br/>         年度当初のいこい便りに於いて、施設長としての方針や考え方を掲載し表明しておられます。<br/>         分掌の中においても運営全般に関する責任者として、文書化し周知されています。<br/>         有事の際（災害、事故）においても、災害対策本部の統括者として記載されており、所長不在時は、副統括者として次長が指揮をとることがB C Pに記載されています。</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。       | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>         管理者は、常に最新の法令遵守を把握するため、雇用、労務、人材育成等外部研修や経営協主催の研修に参加し取組んでおられます。<br/>         各種委員会に出席し、法令等の観点から助言等しておられます。<br/>         鳥取県版環境管理システムに基づき、光熱費のデータ管理等含め環境への管理も行われています。<br/>         各種会議や研修等でも、コンプライアンスについて、周知が図られています。<br/>         法改正等変化がある時には、会議資料に入れて説明をし、法人本部よりの情報提供もあり、施設長研修も実施されています。</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       |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は、全ての委員会に出席し、現状把握し、また、会議録し等適把切握な、良質なサービスが提供されているか把握しておられます。</p> <p>毎月の代表者会議やリーダー会に参加し、意見を聞き取り現状の把握が出来るようにしておられます。</p> <p>毎月の所内研修に参加し、共にサービスの質の向上が図れるよう努めておられます。</p> <p>研修内容についてはアドバイスをされています。</p> |   |   |
| 13  | <p>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。</p> | a |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月の代表者会議において、稼働率や入居者の状況、職員の状況を分析し職員に報告しておられます。</p> <p>代表者会議、リーダー会、安全衛生委員会等に参加し、要望や働きやすい環境作りに努めておられます。(人員不足の解消、労働状況等の把握等)</p> <p>各種委員会を組織化し、全ての委員会に積極的に参加しておられます。</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> | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人として、外部へのアピールや働き方改革の積極的な推進等、効果的な採用活動には力を入れて取組んでおられます。</p> <p>事業計画の中に専門的な資格取得目標人数を掲げておられます。</p> <p>人材育成は、法人の経営方針、いこいの事業計画の重点項目にもあげ、福祉人材の確保や育成に努めておられます。</p> <p>働きやすい環境作りが定着にあると考え、明るく働きやすい職場、風通しの良い組織、風土作りには力を入れておられます。</p> <p>資格取得の推進と取得のための情報提供、準備協力等、受講者のサポートが行われています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>第1回職員会議で施設長からどんないこいの杜にしたいのか説明しておられます。</p> <p>法人が定めた人事基準にもとづき、非正規職員の正職員登用に関する評価は規定されており、法人が総合的な人事管理を行われています。</p> <p>管理者による現場職員への個人面談があり、人事異動希望調書、個人意向聴き取り等の意向についても聞き取りが行われています。</p> <p>職員が目標を持って職務に取組めるよう体制も整備されています。</p> <p>リーダーや正職員の登用など目標を持って職務が行えるような仕組みはできている。</p> <p>人事考課については、現場職員の専門性や職務の遂行能力、推進した資格取得の努力、取得後の成果や貢献度を評価し、処遇改善に繋がるような人事考課につながることに期待します。</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り組んでいる。</p>       | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p>  |   |         |

|  |  |   |
|--|--|---|
| <p>勤怠システム管理で労務状況を管理し、時間外労働、休暇取得についてはデータを取り管理しておられます。</p> <p>残業や育児休暇、短時間勤務からの復帰勤務やリフレッシュ休暇等、職員個々の意向をなるべく取入れた勤務シフトへの配慮がなされています。</p> <p>(福利厚生) 鳥取県公社・事業団職員互助会に加入して、福利厚生も充実しています。</p> <p>障がい者雇用へも取り組んでおられます。</p> <p>・ストレスチェックの実施、産業医によるメンタルヘルスケアの相談対応の体制作り、働きやすい環境の整備等、就業状況への配慮がなされ、心身共に健康で働けるよう取り組んでおられます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>人材の育成については、法人の経営方針、事業計画の重点項目にも掲げられており、福祉人材の確保や育成に努力されています。</p> <p>管理者は、全職員に対し個人面談を行い、個々が目標の設定、課題の整理を行い、作成された研修計画の目標に向かい育成する体制が確立されています。</p> <p>個人研修計画の中で、一人ひとりの目標を設定し、個人ファイルで管理しておられます。</p> <p>新任者には、エルダー制を設け、人材育成が図られています。</p> <p>個人研修の書式は、法人で定められた統一した書式で管理しておられます。</p> <p>個人目標の進捗状況を確認し、研修情報の提供につなげている。</p> <p>年度当初、年度末には面談を行い、目標達成度の振り返りが行われています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画や中・長期計画の中に人材育成や資格取得の目標を明示されています。</p> <p>年度当初の職員会議で施設長が今年度の針方や職員としての心構えを文書化し説明しておられます。</p> <p>毎年作成された施設研修計画に基づき取組み、中間総括、計画の見直し・評価を図っておられます。</p> <p>事業計画の中に人材育成や資格取得者の目標数を明示し、法人の方針の中にも人材育成が記されています。</p> <p>エルダー研修の際には、3ヶ月毎の自己振り返りと評価を1年間繰り返し行われています。</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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個人研修管理表の管理、研修(出張)履歴管理を行い個別の学びについて管理されています。</p> <p>資格取得については、法人の人事管理システムで管理、把握されています。</p> <p>外部研修に関しては、個々の習熟度に合わせた研修に参加し専門技術の向上が図れるように務めておられます。</p> <p>個人研修ニーズに関して、資料提供、情報提供に務めています。</p> <p>内部研修に関しては、殆ど毎月実施されています</p> <p>外部研修については、個人の研修ニーズ等も考慮した上で選択され、できるだけ多くの職員に受けて頂けるように務めておられます。</p> <p>施設内で毎月、部署会やユニット会議にて研修・勉強会外部研修の伝達講習等が行われています。</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。 | a |



〈コメント〉

介護実習マニュアルが整備されており、実習前の事前打ち合わせや実習目的に合わせたプログラム作成されています。

積極的に実習生の受入れをしており、事前・期間中、終了後など都度学校側に連絡を行い、進捗状況について報告しておられます。

指導者の研修は介護福祉士会の実習指導者研修を受講しておられます。

## 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       |
| 〈コメント〉<br>ホームページに基本方針、提供するサービスの内容、事業計画、事業報告、財務状況、第三者評価受信結果等開示されています。<br>パンフレットや広報誌、施設内に理念、基本方針が記載されており、関係部署や家族に配布されています。<br>苦情・相談内容についても、第三者委員への公表、施設内に提示し公表しておられます。 |   |         |
| 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       |
| 〈コメント〉<br>法人の経理規定があり、事務分掌表に分掌事務、担当、責任者が明示されています。<br>法人は、公認会計士を会計監査人として、定期的に会計監査を受審され、指導、助言等をもらいながら、結果についても、開示されています。   |   |         |

## 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       |
| 〈コメント〉<br>地域との関わり方の基本的な考え方として、事業計画に地域福祉の推進を明記されています。<br>コロナ5類に伴い、徐々に地域との交流（学生のボランティア受入れや生け花、ミュージックケア、絵手紙等）が再開してきておられます。<br>各ユニットに入居者、家族用として、いろいろな機関の（福祉資源関係等）や情報が閲覧できるようにしておられます。<br>コロナ以前は、公民館祭に参加して、いこいのコーナーを設け頂き協力したり、「一丸祭」等で地域の人と交流が図られており、コロナ5類に伴い従来の様な交流が行われる予定です。<br>買い物外出、コロナ以前は個人のニーズに合わせて出掛けておりましたが、現在は毎週1回移動販売「とくし丸」を利用しておられます。 |   |         |
| 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       |
| 〈コメント〉<br>ボランティアマニュアルの目的の中に基本姿勢は明記されています。<br>学校関係は、基本実習として取扱い、実習受け入れ方針として明記してあります。   |   |         |

|  |  |   |
|--|--|---|
| <p>ボランティア受入れの際には、ボランティアカードを作成し、個人情報等の取扱契約書の作成が明記してあります。<br/>依頼があれば協力を行なわれています。(中学校、高校(食事支援など)、警察学校等)</p>   |  |   |
| <p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>   |  |   |
| 25   | Ⅱ-4-(2)-① 施設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>&lt;コメント&gt;<br/>福祉のてびき、介護ガイドA iを各ユニットリビング、セミパブに設置しておられます。<br/>コロナ禍以前は地域の警察学校との避難訓練や講習会の開催、公民館との買い物支援など、関係機関との連携を確保しておられます。<br/>災害時に準備している備蓄品を用いて、施設で炊き出しを行い、地域住民へ振る舞い、交流を図るなど、施設としても社会資源、役割を示されておられます。<br/>地域のグループホームとの連絡会、運営推進会議に2か月に1回評議員として参加し、問題解決に協働しておられます。</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   | 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ます。           | b |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/>法人関係の施設や事業所との交流やボランティア活動が行われています。<br/>コロナ5類移行に伴い、今年度より地域の民生委員との交流が再開されました。<br/>第三者委員を招いての苦情解決、虐待防止、入所選考委員会などの開催、家族アンケートの要望の聞き取りの文書を毎年送付しておられます。<br/>地域のニーズの発掘や自施設の特色や強みを発信していけるような取組みに期待します。</p>   |  |   |
| 27   | Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ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;<br/>法人は、社会福祉協議会のえんくるり事業協賛しておられます。<br/>法人の職員は、鳥取こども学園こども食堂にボランティアで協力しておられます。<br/>地域の清掃活動に参加し、住民との交流を図ると共に、定期的に手つくりの和菓子を配布し、地区の高齢者が孤独にならないよう、自治会長と共に見守り等の活動を行なわれています。<br/>現在は、学校関係(湖陵高校の食事支援実習)、介護実習関係(介護労働、警察学校)の講師を受けてニーズに応じておられます。<br/>社会福祉士の実習依頼等にも応えておられます。</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 |
| <p>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>   |  |         |
| 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;<br/>法人や施設の理念・基本方針、職員倫理綱領等に、利用者を尊重した福祉サービスの提供について明示されています。<br/>施設職員会議において、倫理綱領やコンプライアンス・人権の尊重、個人意思決定の尊重につ</p> |  |         |

|  |   |   |
|--|---|---|
| <p>いて研修し周知が図られています。</p> <p>虐待防止チェックアンケートを毎年実施し、問題があれば検証しておられます。</p> <p>虐待の芽のチェックも各ユニットで行い、定期的に状況の把握や評価につなげておられます。</p> <p>人権研修、虐待防止研修、身体的拘束適正化研修等実施し、一人ひとりの人権を尊重する意識の向上につながるよう努めておられます。</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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>プライバシー保護マニュアル・虐待防止要綱等を整備され、職員会議等で研修・周知が行なわれています。</p> <p>ケアの各場面でもプライバシーの保護につながる行動が出来るよう、扉の開閉、排泄時の声掛け等、各場面での配慮についても、工夫がなされています。</p> <p>全室個室で、プライバシーに配慮しておられます。</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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページや施設内に理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容について、分りやすく掲載されています。</p> <p>施設の情報は、法人のホームページに、動画やYouTubeで視聴でき、分りやすく視覚的に訴えておられます。</p> <p>パンフレットや広報誌は写真を多く取入れ、分かりやすい言葉で記載されています。</p> <p>入所申込み、施設見学希望者には、提供できるサービスや他の事業所のサービス等も情報を提供し、利用したい人が選択できるように支援しておられます。</p> <p>介護保険の改正等があった場合には、提供資料の見直しを行い、情報を提供しておられます。</p> |   |   |
| 31   | Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更において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>サービスの開始には、重要事項説明書やケアプラン等分りやすく説明し、本人又は家族から同意を頂いておられます。</p> <p>筆談の必要な方は文字を使って、分かりやすく工夫しながら説明が行われています。</p> <p>ケアプラン等変更時には、本人又は家族から同意を頂いておられます。</p> <p>意思決定が困難な入居者には、家族に説明を行い、必要に応じて成年後見人制度も説明しておられます。</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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入院時は、ご本人様が困らない様に詳細な情報提供が行われています。</p> <p>中途でも現状治療状況について情報収集し、連携が図られています。</p> <p>退院時は退院前カンファレンスの開催参加はじめ、主治医や看護、リハ職とも連携し、ケアの隙間が生じないよう配慮がなされています。</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>&lt;コメント&gt;</p>  |   |   |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p>利用者へ、個別にご意見・要望の聴き取るようにしておられます。<br/>生活相談員は随時ご家族や入居者から直接、意見や要望が聞き出せるように努めておられます。</p> <p>年1回、利用者アンケートを実施し、表出してきた意見や要望について、第三者委員にも参加して頂き検討会議にて報告、検討、解決策を見出し、対応した状況についても、アンケート集計と一緒に開示しておられます。</p> <p>全員に嗜好調査も実施され、嗜好についても楽しみが持てる支援がなされています。</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。         | a |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決マニュアルが整備されており、委員会等設置要綱、苦情解決委員会実施要綱に体制と仕組み、責任者等の明示、第三者委員の選任が行われています。</p> <p>セミパブや事務室前の掲示板、各ユニットの入居者・家族用ファイルに相談方法が示してあります。</p> <p>苦情は、意見箱と記入用紙、ペンを側に置き利用しやすくしてあります。</p> <p>結果や改善策については、ご家族にフィードバックされます。</p> <p>ユニットのファイルにも入れてあり、内容については、匿名にし、申出者がわからないように配慮しておられます。</p> <p>頂いた苦情やご意見、要望については、改善策、実施状況を記載し、第三者委員出席の苦情解決検討委員会で報告され、苦情内容については、事務局にも報告する仕組みがあります。</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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者・家族が意見を表出しやすいように、相談員はじめ、ユニット職員が声掛けし、相談があるときは周囲への配慮も忘れずに聞き取っておられます。</p> <p>頂いた意見や相談については、上司に報告し、一緒に解決策を見つけたり、傾聴に努められています。</p> <p>相談窓口や苦情受け付けのチラシをユニットのリビングに置き、掲示しておられます。</p> <p>全室が個室のため、人に分らないように相談に乗ることも可能です。</p> <p>ご家族の相談については、相談室で相談にのっておられます。</p> <p>ご意見箱の設置も玄関や1F、2Fなど複数設置されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者・家族から相談や意見を頂戴した時は、上司への報告を行い、内容について迅速対応が必要なものは、管理者はじめ職員・家族と一緒に解決が図れるよう支援がなされています。</p> <p>苦情対応マニュアルや解決に対する対応方法・改善対応も組織的な対応が確立されています。</p> <p>また、定期的な見直しも定められています。</p> <p>入居者個別意見聴き取り、入居者アンケート、慈見箱の設置、行事等での声かけ、生活相談員の関わり等で意見を聞き取りやすくしておられます。</p> <p>年4回第三者委員をまじえた苦情解決検討委員会において現状の把握、改善策、改善策後の実施状況等報告し第三者委員の意見を頂いておられます。</p> <p>内容に関しては家族へ一連の経緯及び改善方法等を報告し、福祉サービスに対する信頼、満足度を高める努力をしておられます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>リスク委員会として事故発生防止検討委員会、身体的拘束適正化委員会を設置し、マニュアルが整備されています。</p> <p>緊急時の対応については、フローチャートがあります。</p> <p>出来事報告書でABCランク別に分析、検証し再発防止に努めておられます。</p> <p>リスクの研修も年1回実施しておられます。</p> <p>毎月、出来事報告書の集計、リスク別の分析報告を代表者会議ユニット会議等で周知しておられます。</p> <p>安心安全なサービスの提供の体制は構築されています。</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。 | a |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症対策マニュアルの整備し、マニュアルは毎年見直しが行なわれています。</p> <p>マニュアルに従い、行動できるように職員にも周知徹底され、研修会も実施されています。</p> <p>インフルエンザ発生時や新型コロナ感染者が身近に発生した場合など、早急に臨時の感染対策委員会を開催し、予防策を検討しておられます。</p> <p>予防策は各ユニット、各部署に引き継ぎ周知が行われています。</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。           | a |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>災害時対策マニュアル、防災計画書、不審者、不審物対応マニュアルが策定されて、防災委員会も組織されています。</p> <p>自然災害や警報が出された場合には、都度全職員に対応策を確認・伝達しておられます。</p> <p>災害時においても福祉サービスを継続して提供できるよう、事業継続計画（BCP）の策定も行われており、緊急時の連絡網や対応、職員の勤務形態等はじめ、備蓄品等の管理、活用方法についても訓練実施されています。</p> <p>食品や備蓄品のリストは災害対策マニュアルの中にあります。</p> <p>大雪、大雨、強風、の警報の時には、備えるべき事（環境物品、注意事項等）を都度、口頭及び紙面で伝えておられます。</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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の定めるマニュアル等に従いサービス提供されています。</p> <p>各場面でのケアや対応についても、基本的なマニュアルと共に、個別対応マニュアルがプラン内に定められています。</p> <p>計画は定期的に見直し、モニタリングが実施され、適宜訂正や変更が出来るようになっていきます。</p> <p>新任者には新任研修で説明し、実践ではエルダー制でサポートしておられます。</p> <p>適切なサービスが提供されているかどうかについては、実施状況やモニタリング、月評などで確認する仕組みがあります。</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 |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/> 各種マニュアルは定期的に見直しが行われています。<br/> ケアプランについては、マニュアルに沿って一連の流れ通りに実施しておられます。<br/> 状況により、適宜プラン変更の実施も対応されています。</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;<br/> 入所前の担当事業所より情報やサマリー、医療情報をもとに、統一されたアセスメント様式用いて、多職種からの意見を踏まえ、ケアプランの素案作成が行われています。<br/> ケアプランは1年毎に更新し、同意を得ています。状態の変化時は都度プランの変更が行われています。<br/> 困難事例についても、専門職と一緒にケアプラン作成に参加し、利用者にあったケアプラン作成が実施されています。</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 |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/> 施設ケアマネがケアサービスプランを作成し、定期的な見直し・評価を実施されています。<br/> アセスメントは統一書式で行われており、各職種の意見や情報を総括し、サービス内容に織り交ぜプラン作成に活かされています。<br/> プラン変更や更新でも同様にアセスメントやモニタリングを行い、本人や家族の意向を加え、ケアプランの案を作成し、担当者会議にて本案へと確定していくシステムが確定しておられます。</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、職員間で共有化している。 | a |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/> 介護ソフトを利用し、各ユニットが同じシステムで記録の記入が行なわれ、現場の記録に関しては、24時間シートを用いて、情報共有が行なわれています。<br/> 利用者様に関するケース会議や検討会議録等は、PCのネットワークシステムを利用し情報共有が行われています。<br/> 職員会議、代表者会議やリーダー会議、ユニット会、議各種委員会会議等を開催する事でも情報共有が図られています。</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 |
| <p>&lt;コメント&gt;<br/> 法人で個人情報保護規定を定められ、取扱いについても施設マニュアルとして職員会議に資料を添付し、研修も実施しておられます。<br/> 記録の管理についても、ロッカー、キャビネット毎に管理者が定められ、管理体制が確立されています。<br/> 入所申し込み、入所手続きの際に個人情報の取扱いについて説明を行い、同意を得ておられます。</p>                                    |  |   |

## 内容評価基準（特別養護老人ホーム17項目）

### A-1 生活支援の基本と権利擁護

|   |  | 第三者評価結果 |
|---|--|---------|
| 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>入所時の情報提供票、アセスメントシート、24時間日誌等により、生活の意向、生活習慣、趣味、身体状況を把握し、一人ひとりの意向に合わせた活動に参加できるように支援しておられます。</p> <p>意向や生活リハビリ等をケアプランに取入れ、活動に参加できるよう支援しておられます。</p> <p>毎月のユニット会議で、個別支援について話し合ったり、サービスの内容について見直しを検討したりしながら、日々のケアやモニタリング、ケアプランの更新に繋げておられます。</p> <p>食事の時間以外は、個々の意向や嗜好に合わせて、新聞やテレビ鑑賞、生け花等自由に過ごして頂いています。</p> <p>自室で過ごしたり、ユニットのレク活動に参加する等、思い思いに過ごせるよう支援が行われています。</p> <p>サービス担当者会議では、多職種が一人ひとりに応じた生活になっているか確認や見直しが行なわれています。</p> |  |         |
| A②  | 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入所時の情報収集シートや、24時間シート、家族からの聞き取りした情報などから、個々にあったコミュニケーション手段でコンタクトできるよう努められています。</p> <p>日々のケアの中で、会話で聞き取りを行う他、アンケートでも意向を聞き取りに努めておられます。</p> <p>意見や意向を表出することが難しい方は、質問の仕方も、「はい」「いいえ」で答えやすい内容にしたり二つの物をどちらか選ぶ選択式にしたり、文字ボードを活用したりしながら、意思表示がしやすいように支援しておられます。</p> <p>個々のコミュニケーション手法がある場合はケアプランに取り入れられています。</p> <p>年度当初の職員会議において、職員の職務基本ルールを職員に伝え、ユニット間の相互評価等に於いても、接遇、マナー、言葉遣い等も点検、評価し、ユニット会議等で検討、見直しが行われています。</p>              |  |         |
| 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の倫理綱領の中に、人権の尊重、自己決定の尊重、経営方針の中にも、福祉サービスの提供者として、全ての利用者の人権と尊厳を守り、利用者主体の良質なサービスを提供しますと掲げられ、いこいの杜虐待防止検討委員会設置要綱の目的の中にも、入居者の安全と人権保護の観点から、適正な支援が実施され入居者の自立のための支援を妨げることのないよう、定期的に又は随時検討委員会を開催し、虐待の防止に努めることを目的とするとあります。</p> <p>各ユニットリビングやセミパブに、入居者用に施設内のお知らせや苦情解決、虐待防止の担当者や連絡先の入ったチラシを見られるようにしておられます。</p> <p>毎年、虐待防止アンケート、虐待の芽チェックを実施し、毎月のユニット会議においても、虐待、身体拘束のチェックや困難事例についての意見交換が行われており、研修も行われていま</p>                      |  |         |

す。

第三者委員を交えた虐待防止検討委員会、身体的拘束適正化委員会が年4回開催され、権利侵害への取組みが徹底されています。

権利擁護のための成年後見制度の啓発も明記されています。

## A-2 環境の整備

|  |   |   |
|--|---|---|
| 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>木の持つ柔らかさを基調にした施設であり、ユニット毎に飾りや調度品が異なり、全体的に落ち着く雰囲気の中、適温・照明も適切に保たれています。</p> <p>居室は本人、家族の意向、アセスメント情報等を基に居室内の環境整備や配慮がなされ、異臭もありませんでした。</p> <p>使用する福祉用具に合わせた生活動線が確保され、馴染みの物を持ち込み、家族との思いでの空間で、安心できる環境が整えられています。</p> <p>清掃専用の職員を配置し、施設全内体の清掃に努めておられます。</p> |   |   |

## A-3 生活支援

|  |                                      |   |
|--|--------------------------------------|---|
| 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>情報シート、主治医等と連携し注意事項や処置の必要な方は、看護師と共同で個々のケア対応方法を決めプランに取り入れておられます。</p> <p>アセスメントにより、身体状況や意向にあった入浴方法を選択しておられます。</p> <p>また、状態の変化に合わせて、ユニット会議等で話し合いを行い入浴方法も変更され、入浴日に入浴できない場合は、体調により清拭に変更したり、日にちの変更をしたりと柔軟な対応が行われています。</p> <p>全体の入浴マニュアルがあり、プラン内に個々のケア対応が策定されています。</p> <p>身体状況に応じて、個浴、機械浴、2人介助等対応しておられます。</p> <p>利用者様本人の意向に従い、同性介助への配慮に努めておられます。</p> <p>感染予防など入浴の順番に配慮しておられます。</p> <p>入浴介助は介助する側、される側双方が楽なように福祉用具を検討したり、導入に努めておられます。</p> <p>入浴日以外でも、必要に応じて入浴やシャワーが出来る配慮しておられます。</p> |                                      |   |
| A⑧   | A-3-(1)-② 排せつ介助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>排泄マニュアルが整備されており、アセスメント、情報シート、心身の状況、身体機能に合わせた排泄介助方法が提供されています。</p> <p>・排泄の性状や回数については、24時間シートで看護師と情報を共有し健康状態の管理に活かされています。</p> <p>24時間日誌で個々のリズムを把握し、トイレ誘導やパット交換のタイミングを把握し、無理なく拒否なくトイレ誘導できるよう配慮されている。声掛けや処置が必要な場合は、プライバシーの配慮に努められています。</p> <p>乳製品や水分量など調整し、看護師、管理栄養士等多と職種で随時検討し排便コントロールが</p>   |                                      |   |



|   |   |   |
|---|---|---|
| 行われています。  |   |   |
| 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>情報シート・アセスメントにより、身体状況を把握し、本人の意向も踏まえ、リハビリ職の評価含め、適切な介助方法や福祉用具の選定を行い、適切な移動支援が提供されています。</p> <p>移動に必要な留意事項や注意事項を主治医やリハビリ職と情報提供、連携を行い、計画に取り込まれています。</p> <p>利用者本人にとって、自立に繋がるケアの提供が出来るよう、ユニット内で定期的に話し合いがなされています。</p> <p>移動の動線を把握し、障害物等無く、自立した移動が出来るように配慮しておられます。</p> <p>心身の状況の変化やケアプラン更新時には、ユニット議会やサービス担当者会議で検討し見直しが行われています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>個人の嗜好アンケートや入所以前の状況・嗜好、習慣等アセスメントを行い、食事形態・とろみの有無、咀嚼の状況と情報の収集、主治医・管理栄養士と連携し、食事を楽しめる事が出来るよう配慮・最適なケアの提供に努めておられます。</p> <p>マニュアルは完備されており、「利用者本人が自分で食べる」事への配慮支援がなされています。</p> <p>嗜好調査も行われ、旬の食材や催し物を取り入れた楽しめる食事が提供されています。</p> <p>朝食は、洋食か和食か選択できるようにしておられます。</p> <p>衛生管理マニュアルが整備されています。</p>   |   |   |
| A⑪  | A-3-(2)-② 食事の提供、食事介助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>いこいの事業計画に「絆・癒やし」と掲げているように、食事を通して関係性を深めながら、ほっとできる、癒やされる安心できる時間にしていくことが職員に伝えられています。</p> <p>身体状況や病歴、栄養状態、制限食等、主治医や看護師、リハ職、管理栄養士等連携しチームアプローチで支援が行われています。</p> <p>BMIを定期的に測定しながら、高・中・低リスクの評価を行い栄養管理が行われています。</p> <p>栄養ケア計画を作成し、栄養マネジメントを実施しておられます。</p> <p>介助方法や必要事項についてはプランに盛り込んで、本人・家族にも説明を行い、職員にも周知されるよう取組んでおられます。</p> <p>口腔内の状況についても状態観察し、誤嚥への配慮は行われ、適切な食事形態の配慮が行われ、必要に応じて適宜見直しも行われています。</p> <p>・口から食べることを少しでも長く続けられるよう努められており、福祉用具を活用し、できるだけ自立した食事ができるように努められています。</p> <p>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。           | a |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>口腔ケアマニュアルが整備されており、利用者全員の口腔内の状況把握がなされています。</p> <p>口腔機能検討委員会を定期的に開催し、ユニット毎の個別の情報共有が行われています。</p> <p>委員会の意見を基に、歯科医師や歯科衛生士に相談、助言、指導をしてもらい、個々の口腔ケア方法を検討、実施しておられます。</p>   |   |   |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <p>必要に応じてケアプランに盛り込み、実施、評価、見直しが行なわれ、個々の記録やプランに盛り込まれています。</p> <p>職員は毎年、口腔ケアの研修に参加しておられます。</p>   |   |   |
| <p>A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア</p>  |   |   |
| A⑬  | A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。                         | a |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>褥瘡マニュアルを整備されており、2か月毎開催される褥瘡対策委員会で、褥瘡のリスクについて検討しておられます。</p> <p>褥瘡発生があれば委員会招集あり、適宜検討が行われます。</p> <p>栄養状態・食事摂取量、ねたきり度、BMI等の栄養アセスメントが実施されています。</p> <p>高リスク者には、医師と連携し補助食品の提供が行われており、療養食も提供しておられます。</p> <p>褥瘡発生した場合、看護、リハ職、介護職及び主治医連携し早期完治できるよう、チームケアがなされています。</p> <p>個人のプランに褥瘡予防マネジメントを位置付けされています。</p>   |   |   |
| <p>A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養</p>  |   |   |
| 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。 | a |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>医療的ケアの指針に基づき、実施手順、個別計画を策定し実施しておられます。</p> <p>実施は医師の包括指示書のもと行われています。(実地研修においては、実地研修実地承認を頂いておられます。)</p> <p>毎月医療的ケア推進委員会を開催し、安全体制に取組んでおられます。</p> <p>年2回の研修や個別指導を行い実施体制の充実、強化が図られています。</p> <p>医療的ケアの資格取得に努めておられます。</p>  |   |   |
| <p>A-3-(5) 機能訓練、介護予防</p>  |   |   |
| 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。           | a |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者・家族等の意向踏まえ、ADLのアセスメントを行い、自立支援につながるようプランニングに取組んでおられます。</p> <p>個別機能訓練計画の作成、実施・モニタリング・評価・見直しの実施が行われています。</p> <p>生活リハビリ提案・実施に伴い、日常生活の中でできる事を行い、機能維持に努められています。</p> <p>体操や指先や腕を使うタオルたたみや立位保持の声掛けなど出来ることを主体的に取組んでもらえるように働きかけておられます。</p> <p>移動や移乗、食事動作、更衣などあらゆる生活場面で、わずかでも出来ることを行ってもらうように促されています。</p> <p>個々に合わせてケアプランに入れ、ユニット会議やモニタリングで見直しが行われています。</p> |   |   |
| <p>A-3-(6) 認知症ケア</p>  |   |   |
| A⑯  | A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。                      | a |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>認知症推進委員会を設置し、定期的に各種研修が行われています。</p> <p>ユマニチュードのコミュニケーション手法やキャプション評価を中心に実施しておられ、あらゆる場面において個人を尊重、受容した援助方法を基本に認知症の理解を深められています。</p> <p>マニュアルも整備されており、入所利用者の情報や既往歴、嗜好等アセスメントを行い、認知症ケ</p>   |   |   |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <p>ア対応の手法として、センター方式分析シートを用いたり、より詳しくご本人様を理解するために、ひもときシートの活用が行われています。</p> <p>環境作りに関する研修を行ったり、入居者には慣れ親しんだ物を持ち込んでもらうなど安心できる環境作りに努め、季節に合わせたしつらえや個々の情報に合わせた回想できる物等を飾り、居心地の良い空間を作るように努めておられます。</p>   |   |   |
| <p>A-3-(7) 急変時の対応</p>   |   |   |
| A⑰  | A-3-(6)-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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>看護マニュアルに記載の緊急時の対応や事故発生防止検討委員会マニュアル記載の緊急連絡マニュアルにより体制整備されています。</p> <p>あらかじめ、主治医より留意事項や禁忌事項等指導してもらい、看護・介護で情報共有を行いプランへの位置付けも行われています。</p> <p>看護師は、各ユニットの利用者を把握し、必要時主治医との連携に努めておられます。</p> <p>緊急時は家族への緊急連絡方法も確立をされています。</p> <p>年2回に分けて心肺蘇生の研修を実施しておられます。</p> <p>入居者の状況に合わせて、医務が服薬管理を行い、介護員による服薬介助が行なわれています。</p>       |   |   |
| <p>A-3-(8) 終末期の対応</p>   |   |   |
| A⑱  | 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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>エンドオブライフケアマニュアルに看取りの指針が整備されています。</p> <p>24時間体制でのオンコール対応も整えられており、嘱託医との連携も確立されています。</p> <p>入所時と毎年に1回、エンドオブライフへの意思確認を行い、看取り開始時にも、意向確認が行われており、家族の意向にそって、できる限り施設で看取る体制を整えておられます。</p> <p>毎年エンドオブライフケア研修を実施しておられます。</p> <p>特にエンドオブライフケアに携わる職員は、カンファレンスにおいてケアの方法について確認し、終了後には終了カンファレンスでケアの振り返りを行い精神的なサポートも行われています。</p> |   |   |

#### A-4 家族との連携

|   |                                    |   |
|---|------------------------------------|---|
| <p>A-4-(1) 家族等との連携</p>  |                                    |   |
| A⑲  | 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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>定期的な家族へ写真等送付し、現状報告を行っている。発熱など急変時は適宜、連絡を取り、具体的に報告がなされています。</p> <p>面会時は、日ごろの様子を伝えるなど、一緒に過ごす空間の提供も配慮されています。</p> <p>病院受診時は、看護師が付き添い家族にも情報提供が行われています。</p> <p>体調状況の変化時、ケアプラン更新時、モニタリング時には家族の意向を聞き取っておられます。</p> <p>生活相談員が主に家族と連絡を取っておられ、内容についてはケース記録等で情報を共有し、また、個人情報生活相談管理の個人ファイルに記録されています。</p> |                                    |   |