

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皆生みどり苑	種別：介護老人福祉施設（ユニット型）
代表者氏名：苑長 飯田 健一	定員（利用人数）：80名
所在地：米子市皆生新田2丁目3番1号	
TEL：0859-32-2500	ホームページ： http://kaikemidori.webcrow.jp/
【施設の概要】	
開設年月日：昭和51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：60名 非常勤職員 17名
専門職	介護福祉士 39名 医師 2名
	介護職員 1名 介護福祉士 3名
	看護師 3名 介護職員 5名
	準看護師 3名 調理員 5名
	介護支援専門員 4名 警備員 2名
	生活相談員 2名
	管理栄養士 1名
	機能訓練指導員 2名
	調理員 3名
	事務員 2名
施設・設備の概要	（居室数） （設備等）
ユニット型（各ユニット10室）	リビング 8か所
80床（個室80室）	便所（車椅子利用可） 39か所
	個浴 4か所
	特殊浴槽 2ヶ所
	リフト浴 4か所
	相談室 2ヶ所
	地域交流ホール 1ヶ所
	医務室 1ヶ所
	静養室 1ヶ所

③理念・基本方針

【皆生みどり苑 基本方針】

- 個人の尊厳を尊重し、安心安全な生活が送れるよう支援します。
- 利用者一人ひとりの生活リズムに合わせた個別ケアを推進し、その人らしさを大切に生活を提供します。
- 施設機能を活用した地域貢献を行うとともに、積極的な情報公開により透明性を高め、信頼される施設を目指します。
- 社会のニーズに応じ、高齢者・障がい者等が共に暮らす共生社会づくりに貢献していきます。

④施設の特徴的な取組

- ・ユニットケアや認知症介護の理念及び習得に向け、ユニットリーダー研修や認知症介護実践研修に参加し資質向上を目指し、経験が浅い職員はエルダー研修や介護専門職研修に参加し、外部講師からの知識、技術習得を図り、介護サービスレベルの維持向上に努めています。
- ・受容的、共感的な対応に心がけ、職員と馴染みの人間関係づくりを行うとともに認知症高齢者に配慮した環境づくりに取り組んでいます。
- ・多職種協働による個別リハビリの円滑な進行管理を図るとともに、生活リハビリの観点から離床を促進し、生活意欲の向上につながるよう努めています。
- ・個別の栄養管理を継続して行い、心身の状態に応じたきめ細かいサービスの提供に努められており、利用者の心身の状況に合わせて食事の提供が行われています。
- ・地域交流室を地域のいきいきサロン開放の場所として提供され交流が行なわれています。
- ・終の棲家として、職員へターミナルケア研修を行い、死生観を養うとともに最期まで安心して看取れるよう、職員間及び家族との情報共有を密にしてサービス提供が行われています。また、職員の負担を和らげるため、振り返りシートを記入し、それぞれが溜めこまず話し合える体制があります。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和3年7月1日（契約日） ～ 令和3年12月17日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	3回（平成30年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◎サービスの質の向上

・「皆生みどり苑基本方針」を基に、日々利用者へ質の高いサービスが提供できるように努められています。

◎重度化対策

・利用者の重度化が進み入浴が困難な方が増加され1階の個別浴槽を改修し特殊浴槽を1台追加され安全、安心な入浴環境を整備されました。

・歩かれる方でも安全に過ごしていただけるように、超低床フロアベットやノンバックブレーキ機能付き車椅子等一人ひとりに合った福祉用具が使用できるように準備されています。

◎地域連携

基本方針にて地域との連携強化を明記されています。

・地域の方々の交流の場として日常的に地域交流ホールを開放され地域活動「いきいきサロン輝らり」や集いの場所、介護予防活動等地域の活性化や町づくりに寄与されています。

◎情報発信

・ホームページ内のブログを活用され、みどり苑での日々の生活を知ることができるように発信をされています。

◇改善を求められる点

◎考課制度

・人事考課は導入されていませんが、年初・年度末の2回は面談が行われていますので、年初に立てた目標の進捗状況の確認や職員からの意見・要望を聞く機会として中間面談の実施に期待します。

⑦第三者評価結果に対する施設のコメント

福祉サービス第三者評価の受審にあたり、職員が自己評価を実施し改めて自らを振り返ることができ、各項目の不足している点に気づくことができました。

また、調査の際には項目ごとに専門的見地から客観的かつ具体的に教授していただき今後の施設運営に大変参考になりました。

今回の結果を踏まえ、改善すべき点は改善し、評価された点については更なる高みを目指し、より良い施設づくりができるよう今後も努力していきたいと思います。

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><コメント></p> <p>理念は法人が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人の使命や目指す方向、考えを読み取ることができるものになっています。</p> <p>法人理念・基本方針・皆生みどり苑基本方針は文書化され、職員には毎年法人理念に基づく基本方針を年度当初に配布し、苑内掲示もされ周知が図られています。</p> <p>利用者、家族へは「皆生みどり苑からのお知らせ」ファイルを各ユニットの廊下、リビングの分かりやすい場所に配置され、具体的な取り組み例も記載し、利用者、家族に分かりやすいよう工夫をされ周知されています。</p> <p>家族・地域へは機関紙の配布、ホームページの記載により周知が図られています。</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><コメント></p> <p>福祉事業全体の動向についての情報収集を行い、介護保険法改正に伴う基準変更、各種加算、減算についての分析検討をされています。</p> <p>運営委員会で、把握した運営基準・加算の変更点について、職員に周知され適正な運営に努めておられます。</p> <p>米子市介護事保険業計画より行政資料を収集し介護サービス需要の動向、市内各施設のニーズの把握を行い、各部署、リーダーに配布、周知されています。</p> <p>毎月の運営委員会で稼働率や光熱費の状況を把握し、利用状況や収入報告を行い分析されています。</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><コメント></p> <p>運営委員会議で稼働率や運営状況を把握分析され経費削減のため水道光熱費の使用状況を報告されています。</p> <p>運営委員会での報告事項は、リーダー会、ユニット会で職員へ報告され、情報共有をされています。</p> <p>稼働率維持のため利用者欠員発生時には10日以内に入居となるよう数値目標を定め速やかな入居に努められています。</p> <p>職員の欠員発生時には速やかに法人へ求人募集を行われ職員補充に努めておられます。</p> <p>利用者の重度化が進み入浴が困難な方が増加され1階の個別浴槽を改修し特殊浴槽を1台追加され安全、安心、な入浴環境を整備されました。</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><コメント></p> <p>第3期中・長期計画（平成30年度～令和4年度）を策定され、理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にされています。</p> <p>定期的に進捗状況の把握を行い、評価・見直しが行われています。</p> <p>年度当初には職員に配布され、周知が図られています。</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
<p><コメント></p> <p>中・長期計画の内容を反映させながら、具体的な内容の単年度計画になっています。</p> <p>職員にも理解しやすいよう、稼働率等に数値目標を設定した事業計画となっており、収支計画も策定されています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>職員の意見を取り入れた事業計画になるように、各部署で事業計画を検討し、取りまとめられたものを基に策定され、年度当初のユニット会議で事業計画の説明が行われています。</p> <p>定期的に運営委員会で進捗状況の把握・確認をし、見直しが必要な場合は行い、運営にあたられています。</p> <p>年度末には多職種で総括が行われ、年度当初のユニット会議では事業計画の説明が行なわれています。</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>利用者、来苑者には事業計画の概要を分かりやすい文章にまとめ「皆生みどり苑からのお知らせ」ファイルに入れて各ユニットの廊下又は、リビングに配置されいつでも閲覧できるようにされています。</p> <p>事業計画は年度当初に機関紙「かいけ」に掲載され家族、地域に配布、周知され、ホームページでも公開されています。</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>ユニット毎に目標を設定し中間評価・年度末評価を行い、振り返りの時間を持ちサービス向上に取りくまれています。</p> <p>毎年接遇マナー、利用者・家族アンケートの実施を実施し、自己評価もを行い評価・改善のPDCAサイクルが継続できるよう努めておられます。</p> <p>意見箱を玄関に設置され利用者、家族から意見を募集されています。頂かれた意見は検討され対応策を職員へ回覧、周知されサービスの向上に努められています。</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><コメント></p> <p>毎年、サービス向上委員会でアンケートや自己評価を行い、分析された課題について改善策が検討され取組まれています。改善策は運営会議及びユニット会議で職員に共有周知されサービスの向上に繋げておられます。</p> <p>改善策は6ヶ月毎に評価、検討され見直しも行なわれています。</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><コメント></p> <p>苑長は、年度当初のユニット会議及び各委員会で苑長の責務や運営方針を表明しておられます。また、役割と責任については、事務分担表や防災組織図により明確にしておられます。</p> <p>機関紙「かいけ」に於いても、苑長として施設運営の方針等を表明されています。</p> <p>平常時のみならず、有事の管理者の役割と責任ついて、不在時の権限委任等も明確にしておられます。</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
<p><コメント></p> <p>苑長は、社会福祉施設長資格認定講習課程に参加され、法的な観点からのリスクマネジメントや施設経営、施設全般等の科目を受講され遵守すべき法令等を理解されています。</p> <p>虐待防止研修や遵守すべき法令の研修を実施され職員の法令遵守等の意識定着や徹底を図られています。</p> <p>県の集団指導後の復命も行われ、法令遵守の徹底が図られています。</p> <p>産業廃棄物法、家電リサイクル法、フロン排出規制法等を遵守され環境優しい施設運営が行なわれています。</p> <p>労働関係法、施設管理に必要な法令等のリスト化し、地域交流ホールにリストを設置され職員がいつでも閲覧できる環境を整えられています。</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
<p><コメント></p> <p>苑長はサービス向上委員会をはじめ、虐待防止委員会、身体拘束適正化委員会、感染対策委員会等の各種委員会に出席し、意思表示や方針を示し指導力を発揮しておられます。</p> <p>サービス向上委員会で定期的に自己評価、家族アンケート等行なわれ現状分析及び改善を図られています。</p> <p>各委員会に於いて、各種アンケートの実施や研修会開催を行い、サービスの質の現状把握を行われ質の向上に努められ指導力を発揮されています。</p> <p>研修委員会において年間研修計画を作成、実施され職員の教育、研修の充実を図られています。</p> <p>・苑内巡回を行い、ユニット内の利用者や職員の様子を見たり、声掛けを行なう等、日頃より気を配っておられます。</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
<p><コメント></p> <p>介護・看護・栄養・相談等の各部署に業務改善シートを配布され、直近の運営状況を基に各部署がどのように業務改善すれば良いか検討が行なわれています。</p> <p>改善点等については、他部署との連携も各部署が検討し、フィードバックして多職種が相互協力できる環境へ改善が図られています。</p> <p>苑長はすべての会議、委員会に出席される等、施設の方針を周知して合意形成を図り、風通しの良い職場環境を目指しておられます。</p> <p>最新の設備の導入等も行い、職員の身体的な介護負担の軽減も図られています。</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
<p><コメント></p> <p>人材確保については、法人本部が中心となり行なわれており、就職フェアへの参加、学校訪問、テレビのCM、ハローワーク等積極的に取り組まれています。</p> <p>中・長期計画に人材育成計画があり、介護福祉士の資格者の確保やユニットリーダー等の養成目標を明確に定められています。</p> <p>各種研修も充実しており、法人の研修実施要綱で人材育成について方針を確立されています。</p> <p>介護福祉士等資格取得希望者には、必要経費の助成制度や、講習受講日の義務免除制度等で補助し福祉人材の育成及び確保・定着を図られています。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>事業団就業規則により、法人本部が総合的に人事管理を行ない、人事基準は就業規則に明確に規定されています。</p> <p>法人の理念・基本方針に基づき「期待する職員像」を明確にされています。</p> <p>人事考課はまだ行われていませんが、職員面談は年初・期末に行われ職員の目標や意向について聞き振り返りを行い次年度につなげておられます。</p> <p>人事考課の準備は進んでおりますが、頑張った人が頑張っただけ評価されるよう、将来の姿を自ら描きやすい仕組み作りに取り組まれるよう望みます。</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
<p><コメント></p> <p>年度当初及び年度末に個別面談を行い職員が思いや意見を言いやすい機会を作られ聞き取りが行われています。希望休に配慮された勤務表を作成されています。</p> <p>職員の有給休暇や特別休暇取得や時間外のデータ等を作成し、毎月各職員の労働状況を把握されています。</p> <p>毎月衛生委員会を開催され、職場環境の向上の検討が行なわれています。</p> <p>全職員にストレスチェックを実施し、職員の心身の健康と安全の確保に努められ、高ストレス者に対しては産業医につなげるよう勧奨しておられます。</p> <p>健康診断年2回実施、インフルエンザ予防接種も法人全額負担で実施されています。</p> <p>苑長は、随時各ユニットを回り職員の就業状況の確認や現場での意見の聞き取り、苑長に意見・要望が言いやすい環境を整え、風通しの良い職場環境作りを目指しておられます。また、年度途中にユニットリーダーとの面談を設けられ各ユニットの取り組みや思いを受け止め職場環境改善に努めておられます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>年度当初に個別面談を行い職員の意向を聞き取りと個人の目標設定が行なわれています。</p> <p>年度末にも個別面談が行われ目標達成状況、課題等の確認をされ次年度の計画に繋げておられます。</p> <p>新任、転任職員には1年間エルダー研修制度を導入され。担当者がきめ細かく指導を行い円滑に業務に慣れるよう努められています。</p> <p>中間職員の目標達成度の確認も行われ育成に向けた取組が行われています。</p> <p>施設長は年度途中にユニットリーダーとの面談を行なわれ職員との接し方やユニット運営方法や助言を行いリーダーとしての資質を育まれています。</p> <p>職員一人ひとりの設定した目標に対しての進捗状況を確認する中間面接を実施される事を期待します。</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></p> <p>基本理念及び事業団研修実施要綱により期待する職員像や研修体制が明記されています。</p> <p>研修全体の実施状況に対する評価を行い、年間研修計画を作成しその計画に基づいて法人必須研修、みどり苑の研修が実施されています。</p> <p>年度末には次年度に向け研修出欠の把握が行われています。</p> <p>事業団研修計画に基づき研修全体の総括を行ない、評価見直しが行なわれ次年度の計画につなげられています。</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><コメント></p> <p>教育・研修の機会の確保について資格保有状況一覧表を作成され取得状況を把握されています。</p> <p>年度当初の個別面談時に、各職員に受講したい研修内容を聞取り、希望に応じて介護専門職研修等に派遣し、外部研修での知識・技術習得の機会が確保できるようにしておられます。</p> <p>新任、転任職員には1年間エルダー研修制度を導入され経験や技術水準等個別のOJTを実施されています</p> <p>事業団の研修実施要綱に則り階層別研修、職種別研修に参加されています。</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
<p><コメント></p> <p>介護実習及び介護体験受け入れマニュアルを作成され基本姿勢を明示されています。</p> <p>実習生へは受け入れ時にオリエンテーションを開催されスムーズな実習開始を図られています。</p> <p>実習受け入れ担当者も決まっており、実習中は学校からも来苑して頂き、中間・最終反省会が行われています。</p> <p>主に介護福祉士の受け入れをされており、コロナ感染症の拡大状況を確認しながら、11月から実習生の受け入れを再開されました。</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
<p><コメント></p> <p>ホームページに基本方針、事業計画及び事業報告を情報公開されています。</p> <p>施設のブログを公開され、みどり苑の日常や行事の様子を都度更新されています。</p> <p>定期的に機関誌を地域に配布され情報提供が行われています。</p> <p>介護サービス情報公表システムに登録し、施設サービスの状況等の公表が行なわれています。</p> <p>第三者評価の受審結果もWAMNET等に公表されています。</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
<p><コメント></p> <p>事業団決裁規定等及び経理規定等で経理、取引等に関する責任やルールを明確にされています。</p> <p>規定集は事務所及び各ユニットに配布され職員はいつでも確認できます。</p> <p>毎年定期的に内部経理監査及び外部決算監査を受審され適正な経営、運営のための取組が行われています。</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>基本方針にて地域との連携強化を明記されています。</p> <p>地域交流室を地域のいきいきサロン開催場所として地域交流ホールを活用し連携は図られています。（10月に入りコロナ禍での行動制限が緩和された為、今年度初め開催されました）</p> <p>近隣施設の米子市障がい者支援センターと意見交換を行ない災害時の協定締結や相互利用等連携を図られています。</p> <p>買い物・外出など個々のニーズに合わせ地域のコンビニやスーパー等を活用されています。</p> <p>（10月に入りコロナ禍での行動制限が緩和された為、地域の戸外で行われるイベントを見に行きドライブをする機会が久しぶりにありました。）</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>ボランティア活動の受入れマニュアルに関する基本姿勢を明文化され、受け入れ体制、受け入れ方法が規定されています。</p> <p>受入れの際には、ボランティア方と打ち合わせを行い利用者と接する際の心構え・注意点等研修が実施されます。</p> <p>例年は中学生職場体験、高校生のインターシップの受け入れを行われています。（昨年度、今年度上半期はコロナ対策の為中断）</p> <p>小学校の「総合学習」に食に関する聞き取り調査があり、質問内容には専門職の栄養士が対応し、協力をされました。</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 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><コメント></p> <p>関係機関等の社会資源は、「みどり苑からのお知らせファイル」にリスト化され、各ユニットや地域交流ホールに配置されています。</p> <p>近隣施設の米子市心身障がい者支援センター、地域住民を招いて地域交流ホールで情報交換を開催されています。</p> <p>運営推進会議は地域交流ホールで開催されます。</p> <p>短期入所の受け入れは居宅介護支援事業所と連携され利用者の生活状況、嗜好等把握されスムーズなサービス提供に努めておられます。</p> <p>法人は米子市社会福祉法人等の連絡会に加わり地域共生社会へ向けた支援検討に参画されています。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>自治会長や民生委員と意見交換を行われ地域のニーズの把握に努めておられます。</p> <p>近隣施設の米子市中心身障がい者支援センター、地域住民を招いて地域交流ホールで情報交換を開催されています。</p> <p>運営推進会議は地域交流ホールで開催されます。</p> <p>地域の方々の交流の場として日常的に地域交流ホールを開放され地域活動「いきいきサロン輝らり」、集いの場所や介護予防活動等、地域の活性化や町づくりに寄与されています。</p> <p>米子市の介護保険計画に関する情報を収集し、地域のニーズ把握に努めおられます。</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><コメント></p> <p>日常的に地域交流ホールを開放し交流の場としており、地域の「いきいきサロン輝らり」が活動の場として使用され、地域の高齢者の集いの場となると共に介護予防活動に寄与されています。</p> <p>また、地域自治会の班会議等に会議室の提供も行われています。</p> <p>地域自治会や近隣施設との災害時の相互協力を申し合わせています。</p> <p>米子市と「災害時の発生時における要配慮者の緊急受け入れに関する協定」を締結し、福祉避難所として施設の役割確認をされています。</p> <p>法人として米子市社会福祉法人等連絡会に加わり、今後の地域共生社会へ向けたまちづくりの検討に参画されています。</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>利用者の人権の尊重と尊厳の保持については、基本方針・事業団職員倫理要領に明記されており、周知されています。</p> <p>人権研修や身体拘束・虐待防止や認知症研修を定期的に行い、職員の共通理解が図られています。</p> <p>全職員に年1回虐待防止チェックシートを使い、各々の職員が振り返りを行い、それを基に全体の状況の収集・評価・検討し利用者を尊重したサービスの提供に努められています。</p> <p>接遇マナーの自己評価も毎年行われており、振り返りを行うと共に、検証・評価見直をされ、利用者の尊厳を尊重した対応が行われています。</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
<p><コメント></p> <p>プライバシー保護についてのマニュアルが整備されおり、職員がいつでも見られるように各ユニット内に配置され、毎年研修会を開催し周知が図られています。</p> <p>利用者、家族等には、入所時にプライバシーに関する意向調査を行われ個々の希望を把握し配慮されています。</p> <p>介護マニュアルに沿って排泄・入浴に関する研修を行い、プライバシー保護に配慮された介護サービス提供を心掛けてられます。</p> <p>ショートステイでは2人居室に敏感な方にはカーテンで仕切る等プライバシーに配慮されています。</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><コメント></p> <p>パンフレット等の資料は玄関に置かれ、どなたでも自由に持ち帰れます。また、写真も多く掲載され、分かりやすい工夫をされています。</p> <p>ホームページには理念・基本方針も公表されており、苑での様子や行事等も定期的ブログに載せてあります。</p> <p>入所の申し込み、見学を希望される方には土日祝日も含め、随時対応できる体制です。</p> <p>ショートステイを利用することもできますので、体験をされて入所される方もあります。</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><コメント></p> <p>サービスの開始時に契約書、重要事項説明書により利用者、家族に丁寧に説明され、同意の上サービスは開始されます。</p> <p>同時に、ケアプランについても、アセスメントと利用者、家族等の意向・希望を確認した上でケアプランが作成され、施設ケアマネよりサービス内容を分かりやすく説明され同意を得られます。</p> <p>ケアプラン評価・見直し時にも、施設ケアマネより変更後のサービス内容を分かりやすく説明され同意を得られます。</p> <p>意思決定が困難な方については成年後見制度を活用されせ説明及び契約手続きを行っておられます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>入退所マニュアルが整備されています。</p> <p>入院時には入院時カンファレンスに参加し、長期入院から療養型施設や老健に移られる際の退院時カンファレンスに看護師、介護主任が出席し今までの生活状況を提供し、利用者の生活の継続性に配慮されています。</p> <p>施設、事業所の変更についてサービス担当者会議を開催されケアマネや変更後のサービス提供事業所から説明を受けサービスの継続対応を行なわれています。</p> <p>家庭への移行等には今後サービスを利用される場合サービスの継続性に配慮した対応を行ってられます。</p> <p>利用が終了された後も相談出来ることも伝えられています。</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
<p><コメント></p> <p>利用者、家族アンケートや嗜好調査を毎年度実施され、結果をサービス向上委員会や給食委員会に諮られ検討改善されています。</p> <p>モニタリング時に利用者、家族等の意向、要望等を聞き取り、ケアプランやサービス提供に反映させてられます。</p> <p>コロナ対策の為、家族等の面会制限を行われていましたが、10月に入りコロナ禍での行動制限が緩和された為、アクリルボードやフェイスガードを使用されての対面面会に戻され家族等との交流の確保に努められました。面会が再開できた事で満足の上昇に繋がる事ができたと思われま</p> <p>す。</p> <p>ユニット内では日々利用者に声をかけ、おやつ希望の聞き取りもされています。</p> <p>アクティビティでおやつ作りもされ、苑内で食事会を開く時にはリクエストも聞かれています。</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
<p><コメント></p> <p>苦情解決に向けた体制整備や仕組み（苦情対応フロー図）を施設玄関、ユニット等複数箇所に掲示され周知されています。</p> <p>第三者委員を2名委嘱され苦情解決検討委員会を設置し苦情可決への体制を整えられています。</p> <p>苦情内容や改善策を「皆様の声」として文章を作成、掲示され利用者、家族、来苑の方々に周知されています。</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
<p><コメント></p> <p>苦情等の相談窓口を複数（施設内担当、第三者委員、施設オンブズマン、他団体）明記された文章を玄関、各ユニット等に掲示され周知されています。</p> <p>意見箱を玄関や各階に設置して相談、意見等を投書しやすい環境が整備されています。</p> <p>生活相談員を2名配置し、相談のしやすい体制も取られており、相談員以外の職員誰でも相談に応じる体制が整えられています。</p> <p>相談室も複数用意され随時相談が受けられる体制を整えられています。</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><コメント></p> <p>苦情解決マニュアルが整備されており、苦情解決検討会を設置し相談や意見の対応が行なわれています。</p> <p>相談等を頂いた際には相談票を作成され、必要に応じて苦情解決検討委員会を開催し改善に努められています。その改善策は申し出者にきちんと報告されます。</p> <p>意見箱やアンケートの実施等で意見集め、サービス向上委員会で検討、改善され職員に周知理解されています。</p> <p>時間がかかる場合は時間がかかる旨説明も行われています。</p> <p>年3回定期的に苦情解決委員会を開催し改善に努めておられます。また、大きな問題が起きた場合は苑長の判断で必要に応じ開かれています。</p> <p>ユニット内で解決できる内容の時もありますが、苑長へは小さな案件からすべて報告されています。</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
<p><コメント></p> <p>各ユニットから1名ずつ参加し、事故発生防止委員会が設置され、定期的に行われ改善策等を検討し予防に努めておられます。</p> <p>リスクマネジメント研修を受講した職員を安全対策担当者として配置し、安全管理体制が構築されています。</p> <p>リスクマネジメントフロー図を作成、周知され事故発生時の手順等を明確にされています。</p> <p>事故発生防止委員会で各ユニットのヒヤリハットについて検討され改善策は各ユニット職員へ周知され利用者の安全・安心に努められています。</p> <p>全職員対象のリスクマネジメント研修も行われています。</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><コメント></p> <p>感染症対策マニュアルが整備されており、看護師を中心とした感染対策委員会を設置され、研修会の開催やマニュアルの見直し等、感染症の管理体制が構築されています。</p> <p>研修会でマニュアルの手順の周知や演習を行ない発生時にスムーズな対応ができるよう取り組まれています。</p> <p>毎日全館の手すり等をアルコール（冬季はノロウイルス対策のジアノック）で消毒されています。</p> <p>職員の手洗いチェックを隔月で実施され適切な手洗いを励行されています。</p> <p>新型コロナウイルス対策は県の情報を随時入手され都度臨時感染対策委員会を開催し対応を協議、実施されています。</p> <p>必要時には活動の中止や面会のお断りをされ感染拡大防止に努められます。</p> <p>新型コロナウイルス対策のため職員にも福祉施設職員としての自覚を持った行動を求め、県外移動や宴会等の自粛を行なわれています。</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><コメント></p> <p>火災・地震・洪水ごとに防災計画を作成され職員に周知されています。</p> <p>消防計画やPCBも策定され、緊急連絡網の整備や災害発生時の応援対制を確保されています。</p> <p>法人で「さくら連絡網」を導入し、安否確認について「職員行動基準」に従い職員から施設への連絡方法が定められており周知されています。</p> <p>また、法人で一斉連絡が可能な体制を整えると共に、施設単位でも必要な情報を一斉メールとして活用しておられます。</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><コメント></p> <p>介護マニュアルを整備され各ユニットに配置されサービスについて実施方法が文書化されサービスを提供しておられます。</p> <p>プライバシー保護マニュアルを整備され利用者の尊重や権利擁護について実施方法が文書化され、職員はサービス実施方法について共有されています。</p> <p>新任、転任者にはエルダー制により個別指導の実施を行い標準的な実施方法のスムーズな指導を図られています。</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><コメント></p> <p>介護マニュアルは定期的に各委員会や担当によりサービス内容の見直しが行われています。</p> <p>毎月のユニット会議や3ヶ月に1回モニタリングを行ない利用者の状態把握を行い、変化等がある場合には、ケアプランの見直しが行なわれています。</p> <p>食事、入浴、排泄等のマニュアルを各担当者会議で年1回適切であるか話合われ、必要時は内容変更を行い、その後職員に周知されています。</p> <p>毎年、介護員が他ユニットの業務内容（流れ）やしつらえ等を見学する機会を設け、自ユニットとの違いを知り、良い取り組みは取入れられています。また、それをフィードバックすることで施設内全体のサービス向上や業務改善を目指しておられます。</p> <p>24時間 シートを使用し利用者一人ひとりの一日の状況の記録がされています。</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><コメント></p> <p>ケアプラン作成手順やフロー図が整備されています。</p> <p>ケアチェック表に沿って個別的なアセスメントを定期的を実施しておられます。</p> <p>24時間シートは定期的に見直し、アセスメントやモニタリング等で利用者の状況やニーズを把握されています。</p> <p>多職種間でアセスメントを行いサービス担当者会議で利用者、家族の意向を都度確認され介護計画を作成し同意を得ておられます。</p> <p>支援困難ケースがあれば毎月のユニット会議で状況や情報を共有され利用者に合わせた個別ケアを実施されています。</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><コメント></p> <p>モニタリング年間予定表に従い定期的にカンファレンスを行い、6ヶ月毎に評価・見直しが行われています。</p> <p>多職種の参加によりカンファレンスを実施しケアプランのニーズの評価・見直しを行ない適切なサービス提供を実施されています。</p> <p>利用者の状態変化があったときは検討され介護計画の変更、介護手順の変更を行いサービス変更の実施が行われます。</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><コメント></p> <p>介護システムを利用し、統一した様式による記録が行われており、ネットワークシステムを活用する事で、各部署で職員が情報を確認できるようになっています。</p> <p>記録マニュアルに従い、記録内容も統一化が図られています。</p> <p>引き継ぎノートもあります。</p> <p>毎日多職種が集って夕礼を実施し、各部署の報告を行って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><コメント></p> <p>記録管理責任者を定められ法人の文書管理規定に基づき管理されています。</p> <p>個人情報保護規定に沿って情報管理が行なわれています。</p> <p>職員に個人情報保護規定により説明を行うと共に誓約書を徴取され個人情報の管理が行われています。</p> <p>入居時利用者、家族に個人情報の取り扱いについて説明され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
<p><コメント></p> <p>利用者の心身の状況に応じ無理のないよう過ごして頂く為に、利用者一人ひとりに応じた生活支援が行われています。</p> <p>主体性を尊重したケアを目標に、希望をサービス計画書にあげ実施している。</p> <p>今までの生活を基に24時間シートを作成し、3ヶ月毎に見直しをされユニット会議でケア内容を話し合われ介護計画に反映され支援が行われています。</p> <p>利用者個々の身体状況を把握され希望を伺いながら安全、安心な離床、臥床を行なわれています。</p> <p>利用者一人ひとりの生活リズムやニーズの把握をし職員間で共有され支援を行なわれています。</p> <p>アクティビティやレクリエーションもユニットごとに利用者の状況に応じで行われています。</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><コメント></p> <p>接遇アンケート等を実施し接し方の対応について話し合わせ声のトーンやゆっくり分かりやすい言葉、声の大きさなどに気をつけ対応されています。</p> <p>接遇、虐待、身体拘束廃止等の法人研修が行われ利用者の尊厳に配慮した言葉使いでコミュニケーションを図られています。</p> <p>認知症の方や精神的に不穏な方にはゆっくり分かりやすい言葉や声の大きさ、聞き取りやすい位置等でコミュニケーションを行ない、介護者の表情にも気を付け安心できる対応が行われています。</p> <p>言葉が出にくい方にはホワイトボードの筆談や文字パネルや写真を見てもらう等を活用して、コミュニケーションが図られています。人生の先輩として敬語を心がけ対応されています。</p> <p>24時間シートを作成され本人の意向や生活状況を把握され支援が行われています。</p>		
1-(2) 権利擁護		
A③	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><コメント></p> <p>虐待防止要綱等を毎年全職員に配布し、身体拘束の研修を定期的に行ない理解・周知が図られています。</p> <p>身体拘束の指針があり実施する場合や方法を明確にされ職員に周知徹底されています。</p> <p>権利侵害の防止等について施設内できちんと取り組みが徹底されており権利侵害の防止等に関する取組についてユニット会議で話し合われています。</p> <p>センサーマットの実施について毎月ユニット会議で使用必要の有無について検討され本人、家族に具体的な実施方法を説明され、定期的の使用の有無について検討されます。</p>		

A-2 環境の整備

		第三者評価結果
2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A④	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>快適な生活を送る事が出来るよう清潔・安全の施設を目指し、毎日掃除が行われています。また、大掃除も実施しておられます。</p> <p>居室には自宅から馴染みのものを持参され落ち着いて過ごせる工夫が行われています。</p> <p>ユニット内や居室は温度管理に気をつけられ落ち着いて過ごせるよう配慮されています。</p> <p>また、多床室はカーテンで仕切りするなど利用者のプライバシー保護に配慮されています。</p> <p>リビングで安心して過ごされるよう、意向を確認されながらテーブルの位置や場所を固定され自分の居場所を感じていただけるようにされています。</p> <p>リビングや各居室は定期的に換気を行い環境等に配慮されています。</p>		

A-3 生活支援

		第三者評価結果
3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A⑤	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>介護計画・入浴マニュアルに沿って個々の体調や精神状態、感染症等に配慮した入浴支援が行われています。</p> <p>個別の入浴方法は3ヶ月毎に見直し行われ変更の場合更新されます。個別の入浴方法及び変更時はユニット会議で職員に周知されています。</p> <p>特別な介助が必要な方には個別マニュアルを作成され対応されます。</p> <p>入浴拒否の方は時間や職員を変更するなどされ無理な時は清拭の実施など工夫をされています。</p> <p>手すりや滑り止め、皮膚保護緩和剤等を使用され安全に配慮され入浴されています。</p> <p>受診や外出、気持ちが向かなかったとき等、個々の事情があるときは振り替えを行われ入浴ができます。</p> <p>タオルを掛け羞恥心に配慮されたり、声掛け等も注意され入浴が行われています。</p> <p>柚子湯や菖蒲湯など季節を感じられる入浴を提供されています。</p>		
A⑥	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><コメント></p> <p>介護計画・排泄マニュアルに沿って利用者の心身の状況や意向にあわせた排泄支援が行われています。必要時には2名で対応されます。</p> <p>排泄支援やオムツ交換の時間は個別に決められてあり利用者の生活リズムに合わせておられます。また、パッドの種類も必要時や体調変化が起きたとき等変更されています。</p> <p>トイレで排便が可能な方にはトイレ案内をされ腹圧をかけて排便ができるよう介助されています。</p> <p>看護師と連携され下剤のタイミングや量、種類など変更されています。便の性状、色や臭い等異常時は看護師に連絡対応されます。</p> <p>トイレは常にカーテンやドアを閉める等プライバシーを守り尊厳や羞恥心に配慮されています。</p>		
A⑦	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>介護計画・移乗マニュアル、リフト操作マニュアルに沿って機能訓練指導員と連携され無理のない安全な移乗や歩行、移動、車椅子使用、座位姿勢、安全なリフト使用の入浴等 利用者の状況に合わせた支援が行われています。</p> <p>移乗リフト、スライディングシート、トランスファーボード等その人に合った福祉用具を利用されています。</p> <p>できるだけ残存能力を活かし移乗や歩行ができるよう声掛けを行ない、歩行が不安定な方には手引き歩行をする等個人の状況、能力に合わせた支援が行われています。</p> <p>身体状況に合った福祉用具を機能訓練指導員と相談・選定され安全、安心な移動が行われています。</p>		

3-(2) 食生活		
A⑧	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>介護計画・給食委員会や食事マニュアルに沿って食事をおいしく食べられるよう支援されています。</p> <p>おいしく食べられるよう盛り付けに気をつけておられます。</p> <p>個々に合った陶器の食器や自助皿等を使用されています。重たい食器が難しい方には軽い食器を使用され持ちやすく安全に食べる事ができます。</p> <p>温度や一口大に刻むなど個々に合った形態を提供され誤嚥が無いよう見守りや配慮されています。</p> <p>嗜好調査を実施され利用者の好みを把握され利用者の嗜好に合わせた食事を提供されています。</p> <p>季節の食材や行事食を取り入れ季節を感じてもらおう工夫をされています。</p> <p>朝食は本人の好みに合わせご飯かパンの選択もできます。</p> <p>ユニットごとに食堂で食事をされており、合う合わない方の席や時間をずらす配慮等の工夫をし和やかに食事ができるようにされています。</p> <p>衛生管理マニュアルを整備され安全安心な調理が行われています。</p>		
A⑨	A-3-(1)-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><コメント></p> <p>介護計画・個別訓練計画・栄養計画に沿って利用者の心身の状況に合わせて食事の提供が行われています。</p> <p>機能訓練指導員に食事時のポジショニングの相談調整を行い安全、安心な食事ができるよう支援されています。</p> <p>嚥下状態により刻み、なめらか、ペースト、ゼリーなどまた、誤嚥に注意の方にはトロミ材等使用されるなど多様な対応をされ食事の提供、食事介助を行われています。</p> <p>利用者一人ひとりの栄養状態を把握され栄養ケア計画を作成され栄養ケアマネジメントを実施されています。</p> <p>ご自分で食べて頂けるよう心身の状況に合わせて自助具や自助食器を使用され安全、安心でおいしく食事ができるよう対応されています。</p> <p>利用者から食事変更の希望があれば、速やかに変更ができるよう多職種で連携を図られています。</p>		
A⑩	A-3-(1)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a
<p><コメント></p> <p>毎年口腔ケア計画により研修を実施され口腔ケアの向上を図られています。</p> <p>毎週、訪問歯科医が来苑頂き、自歯の方の口腔ケアを中心に、入れ歯の調整も行われ介護員へのケアに対するアドバイスもされています。</p> <p>食前に口腔マッサージを行いおいしく食べるためや誤嚥予防に努めておられます。</p> <p>食後は口腔ケアを行い清潔に努めておられます。</p> <p>・毎週水曜日に訪問歯科医が来苑され、自歯の方の口腔ケアを中心に、入れ歯の調整も行われ介護員へのケアに対するアドバイスもされています。</p>		

3 - (3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑪	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>褥瘡発生時対応手順が整備され、職員に周知を行い、各ユニットにも対応手順を配置しいつでも確認できるようになっています。</p> <p>早期発見、早期治療を心掛けておられます。</p> <p>褥瘡発生予防マニュアルに沿って 栄養状態、皮膚状態の様子観察を行い看護師は機能訓練指導員と一緒に褥そうや褥そうの発生がないよう体位交換やポジショニング、ベッドマットレスの選択等の対応に努め褥瘡発生時はケアプランの変更を行い早期の治癒を目指しておられます。</p> <p>看護師は褥瘡の発生予防・ケアを介護職員に指導され発生予防に努めておられます。</p> <p>体動や栄養面からもアプローチされ多職種で連携されます。</p>		
3 - (4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A⑫	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><コメント></p> <p>介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施については、定期的に個別に看護師から確認をしてもらっておられます。</p> <p>また、看護師による個別指導、研修を定期的に行ない実施体制の充実化を図られています。</p> <p>今後順次、職員に研修を受講し資格取得を推進されています。</p>		
3 - (5) 機能訓練、介護予防		
A⑬	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><コメント></p> <p>介護計画・個別機能訓練計画に沿って機能訓練指導員による機能訓練や介護予防活動が行われています。</p> <p>口腔体操や書道やぬり絵等楽しみながらのリハビリに取り組まれています。</p> <p>個々に応じた機能維持の介護予防プログラムを作成され介護予防活動に取り組まれています。</p> <p>利用者一人ひとりに合わせた機能訓練計画書を作成され3ヶ月に1回評価・見直しが行われています。</p> <p>機能訓練指導員は定期的に各ユニットで個別対応を行い廊下での歩行や歩行訓練、利用者の介助方法等自立を目指した助言を行なわれています。</p>		

3-(6) 認知症ケア		
A⑭	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><コメント></p> <p>認知症高齢者ケアマニュアルが整備され、認知症ケアを行われています。 年に数回、認知症の研修を実施されています。 職員間で情報共有する為に、気づきノートを活用し対応について検討されます。 異食や転倒に配慮され環境整備を行われ事故を未然防げるよう努めておられます。 対応が難しい方には職員会議を開催し情報共有、意見交換を行い、統一したケアが行なわれています。 長谷川式簡易知能スケールを年1回実施され利用者の状況把握に努めておられます。 必要時には専門医を受診され助言を受けケアプランに繋がられます。</p>		
3-(7) 急変時の対応		
A⑮	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
<p><コメント></p> <p>急変時対応マニュアルをサービスステーション内の分かりやすい場所に掲示されています。 介護計画・急変時対応マニュアル・急変時フローチャートに沿って利用者の体調変化時の対応が行われます。 家族の連絡場所、電話等フローチャート化され連絡体制が確立されています。 看護師はユニット内を回り利用者の体調把握を行われています。 職員、看護師は日々の健康管理と各職種間の連携を徹底されています。 夜間は当番看護師に連絡され対応、指示を仰がれます。 緊急時の場合は他ユニットとも協力体制を取り対応されています。(演習を踏まえた研修にて訓練されています) 新任、転任職員は急変時の対応の研修を実施されています。 担当者会議等で利用者に合わせた状態把握を行われ変化がある場合は共有、周知され対応されます。</p>		
3-(8) 終末期の対応		
A⑯	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、取り組みを行っている。	a
<p><コメント></p> <p>利用者の終末期の対応について方針、手順、ターミナルケアマニュアルによりターミナルケアが実施されています。 看取りの研修を行われ職員は共通理解をもち看取り支援に取り組まれています。 終末期のケアは、家族の意向を大切に丁寧な看取り対応が多職種連携で行われています。 家族等の意向を踏まえ作成したターミナルプランに添って対応し、利用者と家族と一緒に過ごせるように環境を整えられています。 家族とのコミュニケーションを密に取り、職員間で情報共有が図られています。</p>		

A-4 家族との連携

A-4-(1)		
A⑰	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><コメント></p> <p>家族通信(状況報告)を送り利用者の状況報告をされ情報共有が行われています。</p> <p>コロナ禍の状況下で以前のように面会が自由にできませんので、送付期間を短くし写真を添えてより分かりやすいよう苑での生活状況を報告が行なわれており、電話連絡も行われています。</p> <p>利用者に変化が見られる時や必要時等には電話連絡し、密に報告しておられます。</p> <p>緊急時の連絡の優先順位を聞き取り、連絡が必ず付くようにしておられます。</p> <p>面会の際には、家族等に話を聞き希望・意向の聞き取りや不安の解消に努めておられます。</p> <p>広報誌、ブログを活用して積極的に生活状況等をお知らせしておられます。</p>		