

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：地域密着型介護老人福祉施設	
代表者氏名：苑長 飯田 健一		定員２０名（利用人数：２０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： https://www.tottori-kousei.jp/k-midori.html	
【施設の概要】			
開設年月日　：平成２９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：	６６名	非常勤職員　　２４名
専門職	介護福祉士	４８名	介護パート　　１０名
	介護職員	３名	調理パート　　４名
	看護師	６名	入浴介助パート　４名
	介護支援専門員	１名（兼務）	シーツ交換パート　２名
	生活相談員	２名	清掃パート　　２名
	管理栄養士	１名	警備員　　２名
	機能訓練指導員	１名	
	調理員	３名	
	事務員	２名	
施設・設備の概要	従来型個室	２０床(２名定員１０室)	食堂兼機能訓練室　　１ヶ所
	相談室	２ヶ所	便所（車椅子利用可）　　７ヶ所
	静養室	１ヶ所	特殊浴槽　　１ヶ所
	医務室	１ヶ所	リフト浴　　１ヶ所
			地域交流ホール　　１ヶ所

③理念・基本方針

社会福祉法人鳥取県厚生事業団 基本理念

すべての利用者の個人の尊厳を保持しつつ、地域社会において自立した生活を営むことができるよう支援することを基本とし、福祉サービスの質の向上を図り、もって地域福祉の推進と地域共生社会の実現に寄与します。

【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し

た生活を提供します。

○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

・入所利用者が安心な生活環境の提供、入所前より生活リズムの変化が最小限に行えるように、入所時のアセスメントによる24時間シートの作成（1日の生活の流れ等）による介護サービスの提供等が行なわれています。

・ユニットケアや認知症介護の理念及び技術の習得に向け、可能な限りユニットリーダー研修や認知症介護実践者研修に参加することで職員の資質向上を目指しておられます。

また、経験が浅い職員等には、エルダー研修のみでなく職員やeラーニングを活用した苑内の各種研修に参加し知識や技術習得を図り、介護サービスレベルの維持向上を図っておられます。

・コロナ5類に移行に伴い、感染状況を鑑みながら段階的に面会等の制限を解除しておられます。

ご家族に利用者の状況をお知らせするためにお手紙（家庭通信）が送られています。

また、必要に応じてご家族には電話で連絡をしており、状況を報告し、安心して頂けるようにしておられます。

・地域交流ホールを地域のいきいきサロン開催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しており、死生観を養うとともに、安心して最期まで看取るため、職員間及びご家族と情報を共有し、サービス提供されています。

また、職員の負担軽減のため、振り返りシートを記入し、各々が溜め込まず話し合える体制が作られています。

・重度化の進行に対応するため、座位が保てなくても安全に入浴できるよう、個浴室の改修や特殊浴槽への変更、自動体位変換機能付きエアマットの導入など、設備が整備されています。

・歩かれる方でも安全に過ごしていただけるように、超低床フロアベッドやノンバックブレーキ機能付車いす等、利用者一人ひとりに合った福祉用具が使用できるように準備しておられます。

・全面改築から13年が経過し、エアコンや移乗用リフト等の更新と同時に設備の大規模更新を検討しており、利用者・職員ともに安心して快適な介護が出来る環境整備を進められています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和6年9月10日（契約日）～ 令和7年1月21日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	4回（令和3年度）

⑥総評

◎特に評価の高い点

○生産性向上委員会（業務の効率化・生産性の向上対策等）体制を立上げ

I C Tや介護機器等の導入等に加えて、従来の業務改善シートの作成等から一歩踏み込んだ、職場内の安心・安全対策、利用者へのケアの質の確保に向けた課題を早期に発見するための気付きアンケートの取り組みによる「見える化」した全職員共通の業務効率化・問題解決改善に向けた取り組みに取り組まれています。

○地域福祉の向上に向けた地域連携

地域共生社会の実現に向けて、隣施設の米子市心身障害者福祉センターと災害時の協定締結がされています。

施設の地域交流ホールを開放し、地域の方が利用可能な地域のいきいきサロンの開催やイベント、会議の際の提供等が行われています。

○コロナ5類移行に伴うボランティア受入れの拡大

ボランティア受入れ時には、入所利用者との接する際の心構え・注意事項等を説明する等、入所者への配慮が行われ、演芸ボランティアや高校生のインターシップ等の受け入れが行われています。

○利用者の日常生活におけるサービス提供への取り組み

利用者一人ひとりの24時間シートが作成され、日常的な介護支援等についての介護記録のサービス提供内容の検証及び定期的なモニタリング等による職員間の情報共有による変化へのキメ細やかな対応対策が検討され、タイムリーな見直しによる利用者への介護サービスの提供が行われています。

◎改善を求められる点

●人材不足への対応

職員確保は重要な問題になっています。法人全体でも取組まれておられますが、更なる職員への処遇改善策を、国や自治体に対して要望を継続して頂く事を望みます。更なる働き甲斐に向けた職場環境の整備に向けての取組みに期待します。

●業績成果を反映した評価制度と連動した業務遂行知識・技術の習得

業務の達成成果、知識・技術習得や活用、業務スキルの習得状況等に対する評価等、職員の仕事への意欲の向上及び仕事のやり甲斐、達成感を強く感じる職場環境を目指し、今ある仕組みを向上させたキャリアアップに向けた人事基準の明確化に期待します。

⑦第三者評価結果に対する施設のコメント

この度の受審にあたり、職員が評価項目に沿った自己評価を実施しております。
自身を振り返るきっかけとなり、かつ今後の改善点を見いだすことができました。
加えて、調査の際に各項目を改めて確認をすることで、専門的な見地からの助言を頂く
ことができました。
今後の施設運営に活かしていく所存です。
受審結果を踏まえ、高い評価を頂いた点については今後も継続していきます。
一方、改善が必要な点については法人本部を含む各所と連携し改善を図り、より良い施設
運営ができるよう努力してまいります。

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
＜コメント＞ 法人理念・基本方針に基づく皆生みどり苑の基本方針は明文化され、年度当初に職員に配布すると共に、施設内に掲示して周知が行われています。 利用者・家族等には、入所時の重要事項説明書による事業の目的や施設方針等が丁寧に説明され、「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、いつでも見られる状態にしています。 また、地域社会には、ホームページ、広報誌等により、広く社会への周知が図られています。		

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
＜コメント＞ 介護保険法改正に伴い、基準変更や各種加算減算等について情報収集し、分析・検討され、運営基準・加算の変更点について運営委員会で周知し、適正な運営に努めておられます。 米子市介護保険事業計画等の行政資料から、介護サービスの需要動向や市内の各地域ニーズの把握にも努めておられます。 法人の施設長会議や毎月実施される施設の運営委員会において、事業を取り巻く行政機関・団体等の動きについての各種情報等の改正内容等や動きが報告され、施設内のリーダー会やユニット会議において、職員への周知等の情報共有が行われています。 運営委員会で稼働率や水道光熱費を把握し、サービスの利用状況や収入分析も行われています。		
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
＜コメント＞ 施設としての経営課題として、「人事の確保及び育成」「人権・尊厳の尊重を徹底し、職員の資質向上を図り、選べる施設づくり」「ICT導入・介護ロボット等の導入による、職員負担の軽減と安全なサービス提供の両立」を掲げ対策に努力されています。		

毎月の運営委員会の稼働率、運営状況等の利用分析や収支分析を基に課題を明確にして取組まれ、水道光熱費等経費削減にも努めておられます。

利用者の重度化が進み入浴が困難な方が増加され1階の個別浴室を改修し特殊浴槽を1台追加され安心・安全な入浴環境を整備及び職員の負担軽減の効果が現れています。

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
〈コメント〉 第4期中・長期計画（令和5年度～令和9年度の5ヶ年計画）が策定され、理念や基本方針の実現に向けたビジョンを明確にされています。 健全経営への取り組み、人材確保・人材育成の推進、虐待防止徹底の推進、必要な大規模修繕・備品更新、働きやすい職場づくりの推進等に向けた計画が策定されています。 中・長期事業計画は、半期単位に将来計画検討委員会で進捗状況の把握や分析・見直しが行われる等の実効性のある計画となっています。 年度当初のユニット会議において、職員へ中・長期事業計画の資料配布が行われています。		
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
〈コメント〉 中・長期計画を踏まえた具体的な内容の単年度の事業計画が策定されています。 安定的な運営体制の構築とサービスの向上、人材確保・人材育成等の推進、虐待防止及び事故防止の徹底等が主な取り組み内容となっており、健全な経営としての収支計画としての稼働率や業務の効率化等の定量的な目標が設定された事業計画となっています。 職員にも理解しやすいよう、稼働率等に数値目標を設定する等の事業計画となっています。 稼働率・欠員・水道光熱費等を含めた問題点・改善点をリーダー会やユニット会議にて周知しておられます。		
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
〈コメント〉 職員が各部署で意見を出し次年度の計画を検討し、取りまとめたものを基に事業計画は策定されています。 年度末には多職種で当年度事業計画の総括も行われています。 定期的に運営委員会において、事業計画の進捗状況の検証、必要な見直しが実施され、その後の運営に当たられています。		

定期的に運営委員会で結果については、リーダー会議で共有し、ユニット会議等で職員に説明し周知が図られています。		
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
＜コメント＞ 利用者・家族等には事業計画の概要を分かりやすい文章にまとめた物を「皆生みどり苑からのお知らせ」ファイルに入れて、各ユニットの廊下やリビング等にいつでも閲覧できるように配置されています。 事業計画については、皆生みどり苑のホームページに掲載しておられます。 また、年度当初の機関誌への掲載し、家族、身元引受人や地域へ配布し周知が図られています。		

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
＜コメント＞ ユニット単位にサービス目標が設定され、中間評価・年度末評価等の振り返りを実施する等、利用者へのサービスの向上に向け取り組んでおられます。 さらに、自己評価も実施し、評価・改善等のPDCAサイクルを継続しておられます。 施設としても、サービス向上委員会を定期的の実施しており、サービスの質の向上を目指しておられます。 意見箱の設置や利用者・家族等アンケート（年1回）が実施され、利用者・家族等から頂いた意見・要望等の検証・分析を行い、必要な対策を実施し、サービスの向上に向け取り組んでおられます。 定期的に福祉サービス第三者評価も受審されています。		
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
＜コメント＞ サービス向上委員会による職員への接遇マナーアンケート（毎年）や自己評価の実施が行なわれており、その結果分析から上がってきた課題については必要な改善対策に取り組まれています。 改善策については、運営委員会及びユニット会議で職員に周知されサービスの向上に繋げておられます。		

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
＜コメント＞ 年度当初の運営委員会及びユニット会議において、施設長としての責務や施設運営方針について表明が行われています。 機関誌の発行の際にも施設長としての施設運営方針等が表明しておられます。 施設長としての役割と責任等の職掌は、事務分担表や防災組織図に明文化され、職員への配布しておられます。 施設長の不在時の権限委任が明確に示され、緊急時・災害時の対応が円滑に進められる体制が構築されています。		
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
＜コメント＞ 施設長は、社会福祉施設長資格認定講習課程を受講され、法的な観点からのリスクマネジメントや施設経営、施設全般等の科目受講済みです。 また、様々な法令遵守に関する理解を深めるための研修等に参加されています。 施設長自ら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。 労働関係法、施設運営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整備が行われています。 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に配慮した施設運営が行なわれています。		
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
＜コメント＞ 施設長は、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へ積極的に出席し、指導・アドバイスを行う等指導力を発揮されています。 各種のアンケート調査や研修の開催等、施設サービスの提供に関する課題・改善に向けた指導・アドバイス等を行っておられます。 期待する職員像「福祉の専門職としての自覚を持ち、常に利用者本位の施設を持つこと」が表明され、職員の業務遂行における自己評価等での利用者へのサービス提供状況の把握に努め、改善に向け取り組んでおられます。		

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
＜コメント＞ 施設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意見の聞き取りをしており、管理者に意見できる機会を作り、風通しが良い職場環境の構築に努めておられます。 本年度より、生産性向上委員会を立上げ、ＩＣＴや介護機器等の導入等に加えて、従来の業務改善シートの作成（提出）等から一歩踏み込んだ、職場内の課題を「見える化」を更に進めた多職種での業務効率化・問題解決改善に向けた取り組みが行われています。 職員の負担軽減を行ない働きやすい職場となるよう努力しておられます。		

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
＜コメント＞ 人材確保については、ホームページ掲載、ハローワーク登録、福祉専門学校への訪問や就職フェアへの参加等、法人が積極的に取組んでおられます。 実習生の受け入れや職場体験受入れ等も積極的に行われています。 中・長期計画の中に人材育成計画があり、介護福祉士等の資格保有者の確保、ユニットリーダー等の養成目標を明確に定めておられます。 法人の研修実施要綱に基づいた人材育成方針が確立され、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による確保・定着の取り組みが行われています。 職員確保は重要な問題になっています。法人全体でも取組まれておられますが、更なる職員への処遇改善策を、国や自治体に対して要望を継続して頂く事を望みます。 更なる働き甲斐に向けた職場環境の整備に向けての取組みに期待します。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
＜コメント＞ 法人本部による総合的な人事管理が実施され、人事基準は就業規則等に明確に規定されています。 人事管理は、年度当初に組織としての期待する職員像及び職員資質向上方針が設定され、職員一人ひとりが職能に応じた「目標カード」、「異動希望調書」等の作成が行われ、定期的な上長面談（年2回）等で、目標に対する業務進捗（達成度）等の振り返り及び人材育成に向けた研修の実施状況に加えて、日常の利用者へのサービス自己評価チェック等の内容を踏まえて、次年度の研修意向等の把握や業務全般に関する指導・アドバイス等が行なわれています。 業務の達成成果、知識・技術習得や活用、業務スキルの習得状況等に対する評価等、職員の仕事への意欲の向上及び仕事のやり甲斐、達成感を強く感じる職場環境を目指し、今ある仕組みを		

向上させたキャリアアップに向けた人事基準の明確化に期待します。		
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
<コメント> 年度当初と年度末に個別面談を実施され、身上調査をはじめ職員の意見・要望の聴き取りが行われています。 生産性向上委員会を立ち上げており、課題の「見える化」から課題解決と生産性向上に向けた協議をしており、働きやすい職場作りに取り組んでおられます。 職員の有給休暇や特別休暇の取得及び時間外労働のデータを作成し、毎月各職員の労働状況を確認しておられ、必要であれば産業医へ相談する体制も整えられています。 毎月衛生委員会を開催し職場環境の向上を検討するとともに、全職員にストレスチェックを実施して分析が行なわれ、高ストレス者に対しては産業医との面談を行うように勧めておられます。法人で鳥取県公社・事業団等互助会に加入しており、冠婚葬祭のほか、人間ドックや文化活動に対する助成を実施されています。		
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
<コメント> 年度当初に個別面談を行い、職員の意向を聞き取りと目標設定が行なわれ、目標達成に向けた方針を話し合いが行なわれており、年度末の面談では、目標の達成状況や課題等の確認が実施され、次年度の目標計画に繋げる取り組みが行われています。 新任・転任者に対してはエルダー研修制度を導入しており、担当者がきめ細かく指導することで円滑に業務が遂行できるように努めておられます。 現場の責任者とユニットリーダーで情報共有が図られています。 中間層の管理機能育成に向けた指導支援等も行なわれています。		
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
<コメント> 鳥取県厚生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。 研修全体の実施状況に対する評価を取りまとめ、研修計画を策定し、その計画に基づいて研修が実施されており、外部研修後の復命が行われています。 研修委員会において、研修全体の実施状況に対する総括が年度末に行われ、次年度の年間研修計画に反映されています。		
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
<コメント> 年度当初の職員面談時に研修や資格取得の意向の把握が行われており、職員の資格保有一覧表		

及び職員の意向に基づき、職員一人ひとりが必要とする研修の機会の提供に取り組まれています。 法人の研修実施要綱に則り、階層別研修・職種別研修が実施されており、研修の体制や内容について毎年計画・見直しが行われています。 外部研修、e ラーニングを活用して希望する研修通じた知識・技術習得の機会が設けられています。 新任、転任職員に対しては、エルダー研修制度を導入し、個別の担当者を決めたOJTを実施されています。		
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
＜コメント＞ 介護実習及び介護体験受け入れマニュアルが作成されており、基本姿勢も明示されています。 実習生受入れ窓口担当、指導者研修受講の研修担当による体制が整備されており、マニュアルに沿って、実習生へは受け入れ時にオリエンテーションを開催し、円滑な実習が行われています。 実習受入れ先の学校との研修プログラムの調整、職場内への研修内容、日程等の共有による準備や受入れ体制を整え、実習生の受け入れ時には、オリエンテーションによる参加者名簿、実習計画、注意事項等が周知され、スムーズな実習開始を図られています。 実習中間時での学校関係者の巡回や意見交換及び最終反省会を行う等、積極的に取り組まれています。		

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＞ 法人のホームページでの理念・基本方針、事業計画及び事業報告等が公開されています。 日常生活や各種行事等の情報が、施設のブログで広く地域へ公表されています。 パンフレット、定期的に機関紙を地域に配布して情報提供が行われています。 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などを公表されています。 定期的に福祉サービス第三者評価を受審し、結果については法人のホームページやワムネットで公表されています。		
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＞ 法人の決裁規定及び経理規定等で経理、取引等に関する規定に基づき、外部の公認会計士による財務諸表等の監査及び会計監査の受審が実施されています。		

規程集は、事務所及び各ユニットに配置し職員がいつでも確認できるようにしてあります。

施設では、法人の金銭管理規程に従って、必要な小口現金管理による事務経費での運営管理が実施され、内部の会計監査（年１回）による経費の適正化対応が行われています。

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＞ 組織の経営方針において、地域福祉の推進及び地域共生社会への貢献を掲げる等の事業運営に向けた取り組みが進められています。 地域福祉の推進に向けて、地域の福祉・公共関係機関、団体（公民館、消防団）等との連携強化や地域共生社会の実現に向けて、近隣施設の米子市心身障害者福祉センターと災害時の協定締結や相互利用等について意見交換をしており、施設間の連携も図っておられます。 施設の地域交流ホールを開放して、地域のいきいきサロンの開催やイベントや会議の提供等、地域交流等の取り組みが行われています。 コロナ５類移行に伴い、地域の感染状況を考慮しつつ、地域への買い物、外出等の利用者の要望に応じた活動が再開されてきました。		
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＞ ボランティア活動受入れマニュアルに基本姿勢を明記すると共に、受け入れ体制、受け入れ方法が規定してあります。 ・ボランティア受入れ時には、入所利用者との接する際の心構え・注意事項等を説明する等、入所者への配慮が行われ、前年度においても演芸イベント（ハーモニカ、フラダンス、マジック、歌謡ショー、傘踊り等）及び高校生のインターシップ（職場体験学習）等の受け入れが行われています。		
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
＜コメント＞ 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。 地域の社会福祉協議会、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、行政等、消防署、警察、医療機関等との福祉サービスに関する連携や緊急時の対応等による健全な事業運営に向けての取り組みが行われています。		

定期的に米子市・地域包括支援センター・地域住民を招いて会議を開催しておられます。 米子市中心身障害者福祉センターと意見交換を行い、相互利用などの連携を図っておられます。 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支援検討に参画しておられます。		
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
〈コメント〉 米子市の介護保険計画に関する情報収集及び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等への対応が行われています。 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して地域活動の集いの場を提供し、地域の活性化や町づくり等を通じて、地域の要望等の聴取が行なわれています。 地域密着特別養護老人ホームの運営推進会議において、地域の自治会長や米子市長寿社会課などとの意見交換による地域ニーズの把握に努めておられます。 ふくいけ在宅ケア連携の会にて、地域や医療機関などの現状を報告し「地域に必要とされる施設」となるための協議が行われています。		
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
〈コメント〉 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職員による地域公開講座（認知症予防対策等）が行なわれています。 また、地域自治会の班会議等に会議室の提供及び地域自治会や近隣施設との災害時の相互協力の申し合わせ等の対応が行われています。 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。 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。		

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
〈コメント〉 法人の基本理念・経営方針及び鳥取県厚生事業団職員倫理要領に基づき、利用者の人権の尊重		

と尊厳を守り、人権研修や身体拘束・虐待防止、認知症等についての定期的な研修が実施され、職員の共通理解を深める取り組みが継続的に行われています。 全職員に対して虐待防止チェックシートを実施して、自身の振り返りと他の職員の言動等の状況も収集・評価・検討し、利用者を尊重した施設サービスの提供の徹底を図っておられます。 接遇マナー等の自己評価を毎年実施し、自身で振り返ると共に、検証を実施し評価見直しが行われています。 ユニット会議や研修において「敬う気持ち」を持って接するように伝えられています。 また、24 時間シートなどを活用して職員が均一なサービスが提供できるように周知・共通理解を図ることが可能な体制になっています。		
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
＜コメント＞ プライバシー保護、虐待防止等についてのマニュアルを整備し、職員がいつでも見られるように配置すると共に、研修会を毎年開催して周知しておられます。 地域密着型特別養護老人ホームの多床室（2 人部屋）については、ベッド間の仕切りカーテンによるプライベート空間を提供されています。 介護手順の中で、排泄・入浴等に関する研修を行い、プライバシー保護に係るサービス向上に努め、安心な生活の提供が行われています。 ユニットリーダーを中心に、羞恥心やプライバシーについて配慮するように声掛けが行われています。 入居時にプライバシーに関する意向調査をしており、個々の希望を把握し配慮しておられます。		
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
＜コメント＞ 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、分かりやすく工夫されています。 施設の利用を希望される方には、ホームページやブログで、施設環境やサービス内容等、入所に必要な情報の提供が行われており、随時更新しており、施設の行事や日常生活を公表しておられます。 入所の申し込みや見学は可能な限り土日祝日でも対応できる体制を整えておられます。 空床があればショートステイ利用しての体験入所も行われています。		
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
＜コメント＞ 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・家族等に丁寧に説明され、同意を得ておられます。		

ケアプラン作成時には、利用者・家族等へのアセスメントが実施され、意向を聞き取り、モニタリングを作成し、カンファレンスで説明し利用者本人やご家族の同意を得ておられます。 サービス開始時及び変更時にはサービス担当者会議を開催し、各専門職から説明して利用者本人やご家族の同意を得ておられます。 サービス担当者会議には可能な限り利用者にも参加して頂き、多職種で分かりやすい説明を心掛けておられます。 利用者本人の意志決定が困難な場合は、成年後見人、法定代理人を定め行われています。 施設サービス計画及び重要事項説明書の変更時には、利用者・家族等へ説明を行い、同意を得ておられます。		
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
＜コメント＞ 入退所相談業務マニュアルに基づき、他施設への移行や入院の際には、本人・家族等の同意を得て情報提供票や看護連絡票等を作成して情報提供を行い、必要なサービスが継続して行われるよう配慮しておられます。 家庭への移行変更は現状ではありませんが、家庭への移行後も家族等の相談には、丁寧に対応する旨を伝えることとされています。 施設を退所された後も何かの相談等があれば、重要事項説明書に連絡先の記載があり、いつでも気軽に応じる旨をお伝えされています。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a
＜コメント＞ 利用者へは日々の関わりの中で職員による確認が行なわれています。 利用者・家族アンケートや嗜好調査を毎年実施して満足度を調査しており、その結果をサービス向上委員会や給食委員会に諮り検討及び改善が行なわれています。 モニタリング時や担当者会議の際に利用者・ご家族等に聞き取りを行い、意向を踏まえたケアプランの作成及びサービス提供を心掛けておられます。 コロナ対策のための面会制限に付いても、5類移行後は段階的に制限を緩和し、利用者の安全確保と利用者及び家族等の満足度向上の両立を目指しておられます。		
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
＜コメント＞ 苦情解決に向けた体制の整備（受付け窓口担当、苦情解決責任者、第三者委員等の仕組み（苦情対応フロー図）を施設玄関及びユニット等の複数箇所に掲示され周知されています。 苦情解決検討委員会を設置し、苦情の発生時の可決体制の整備及び苦情内容や改善対策等を皆		

様の声」として文章を作成、運営委員会等で職員への改善対策の周知及び施設内へ掲示され利用者、家族、来苑者等の方々に報告が行われています。		
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
＜コメント＞ 気軽に相談・意見等が出来る環境として、日常の介護サービス時における利用者の困り事の有無等の声掛け等、意見を言いやすい雰囲気作りに努められています。 施設内担当及び多様な（第三者委員、施設オンブズマン、他団体等）相談窓口のお知らせ案内が、玄関、各ユニット等に掲示され利用者等へ周知されています。 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の整備が行われています。 他者を気にする事なく相談出来る配慮として、生活相談員等による相談室等において適宜の対応が行なわれています。		
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
＜コメント＞ 苦情解決マニュアルに基づき、利用者・家族等からの日常の相談・意見等は、ケース記録、申し送りノート等を通じて、組織的に共有が図られています。 即答が難しい相談等については、相談票を作成し、介護主幹、生活相談員へ報告され、施設長判断において必要に応じて苦情解決検討委員会が開催され、内容の精査、改善対策等による利用者への対応が行われています。 また、委員会開催等、検討に時間を費やす等で回答が遅れる場合は、その旨を相談者等への説明を行うこととされています。 利用者・家族等の満足度調査や意見箱等への苦情以外の相談等については、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。		
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
＜コメント＞ リスクマネジメントマニュアルに基づき、リスクマネジメントフロー図の作成、職員全体への事故発生時の手順等が周知されています。 日々の業務におけるヒヤリハット・事故発生時の事故報告が職場内での発見や発生時に報告され、ヒヤリハット報告については、事故発生防止委員会による定期の必要な改善対策等、組織内の各担当部署へ周知フィードバックされています。 事故発生時の緊急時は、施設長の事故発生防止委員会の招集による事故発生等への緊急対応が実施され、その後の事故防止分析、記録、検証、対策、再発防止策等、職員への共有等の一連の取り組みが適切に実施される仕組みが構築されています。 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され、安全管理体制を一		

層高める努力が行われています。 衛生委員により、週に１回、労働環境の確認が行なわれています。		
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
＜コメント＞ 感染症対策マニュアルに基づき、看護師を中心とした感染対策委員会が設置され、研修会の開催やマニュアルの見直し等、感染予防の管理体制が構築されています。 感染症予防・発生時対応等の研修会では、手順の周知や演習が実施され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。 毎日全館の手すり等をアルコール（冬季は、ノロウイルス対策で次亜塩素酸ナトリウム）で消毒及び職員の手洗いチェック（四半期）が実施され適切な手洗いを励行されています。 コロナ５類移行後も、福祉施設職員としての自覚を持った行動を求める等、地域の感染症状況（インフルエンザ含む）の把握による臨時の感染対策委員会を開催し、日常活動や外部からの面談等の中止（延期）等の検討が行われています。		
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
＜コメント＞ 自然災害（地震・水害等）の災害対策時対応マニュアル（ＢＣＰ：事業継続計画含む）及び火災への備えとしての消防計画等に基づき、入所者の安全確保を想定した防災訓練（年２回の避難訓練等）等が行なわれています。 水害・浸水被害等を想定した避難場所の確認（垂直避難等を想定）や避難手段及び施設待機を想定した非常電源、非常食（３日間）及び防災備品（衛生用品、救急用品等）の確保等の取り組みが行われています。 災害時の対応として、職員行動基準に基づき、緊急連絡網（法人のさくら連絡網）等を活用した法人での全組織への一斉連絡及び施設単独でも職員の安否確認や応援要請等、必要な情報を一斉送信する等の仕組みが構築されています。		

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
＜コメント＞ 業務マニュアル、介護マニュアルに基づき、職員誰もが標準的な実施方法でサービス提供に向けた取組に努められています。 新人、転任職員には、エルダー制度が導入され、利用者への介護サービスの手順や各種記録書の記入等、職場のＪＴによる個別指導による業務習得の取組が行われています。		

介護計画（ケアプラン）に基づいて利用者一人ひとりの特性に沿った統一化されたサービス提供の支援が行われています。		
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
＜コメント＞ 各種の業務マニュアルは、定期的に各委員会において、法改正時及び年1回点検や必要な見直しが行われ、各担当部署へ見直し等のマニュアル配備や周知が行われています。 食事、入浴、排泄等の介護マニュアル等は、各担当者会議で年1回適切であるか話合われ、必要時は内容変更等の見直し及び職員への周知が行われています。 毎年、介護員が他ユニットの業務内容（業務の流れ）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、良い取り組みは自ユニットに取り入れておられます。 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及び業務改善を目指しておられます。 また、ケアプランについては、マニュアルに沿って一連の流れで評価・見直しが行われており利用者についての留意点等の変更があればユニット職員間で共有して支援にあたられています。 状況により、適宜プラン変更の実施も対応されています。		
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
＜コメント＞ ケアプラン作成手順やフロー図が整備され、年間予定表に沿って見直しが行われています。 ケアチェック表を用いて、個別的なアセスメントを定期的の実施しておられます。 24時間シートを定期的、または状態変化があった時に見直しており、アセスメント・モニタリング等で利用者の状況やニーズを把握しておられます。 多職種協働でアセスメントを行い、サービス担当者会議で家族の意向も都度確認し、計画書を作成して同意を得ておられます。 支援困難ケースがあれば毎月の担当者会議で利用者の心身の状況等の情報共有による利用者一人ひとりに適応した個別ケアが実施されています。		
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
＜コメント＞ モニタリング年間予定表で見直し時期が定めされており、必要に応じてモニタリングを行い、プランの評価を実施しておられます。 多職種参加でのカンファレンスを実施し、評価の見直しが行われています。 利用者の状態変化によるケアプランの変更時もマニュアルに沿って内容変更が行われています。		

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
＜コメント＞ 介護ソフト等を利用、統一した様式による記録をすることで、ネットワークシステムを活用し各部署で職員が情報を確認できるようにしておられます。 記録マニュアルを作成し、記録内容の統一化が図られています。 毎月ユニット会議を実施、情報共有及び介護の標準化が図られています。 毎日の引き継ぎノート等、多職種によるタ札が実施され、各部署の報告を行って情報共有が図られています。 今年度から生産性向上委員会が立ち上げられ、各種の記録入力方法や様式等に協議する等、更なる記録作成の効率化等への取り組みが進められています。		
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
＜コメント＞ 法人の個人情報保護規定、文書管理規定に基づき、記録管理責任者を定められ、各種の利用者等の記録に関する管理・保存・廃棄や情報管理が行なわれています。 職員は入職時に個人情報保護規定等の説明が実施され、職員一人ひとりからの誓約書が徴取される等、個人情報保護規定に基づいた業務運営が行われることとなっています。 利用開始時、利用者・家族等へ重要事項説明書において、個人情報の取り扱いについて説明が行われる等、利用者からの同意を得る等の対応が行われています。		

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
＜コメント＞ 利用者一人ひとりの生活動作に加えて、心身状況の把握等が実施され、個々の体調に合わせた日常生活における過ごし方等の介護支援が行われています。 利用開始時に個々の生活リズム・家庭の動線などの確認をしており、家庭で過ごされている時と同様に過ごして頂けるようにしておられます。 主体性を尊重したケアを提供すべく、利用者・家族等の希望をサービス計画書にあげ提供が行われています。 今までの生活を基に24時間シートを作成し、3ヶ月毎、または利用者の状態に変化がある際に見直し、ケアの内容についてユニット会議にて話し合いながら個々の好みや生活リズム等を反映させておられます。		

日々の日常生活における寝たきり防止の離臥床、機能訓練（リハビリ等）、行事やレクリエーション（クラブ活動）等についてもユニット単位に工夫する等、利用者の心身状況に応じて行われています。		
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
＜コメント＞ 認知症の方や精神的に不安な方には、介助支援する職員の表情や分かりやすい言葉、ゆっくりした声の大きさ、声色、利用者が聞き取りやすい立ち位置に配慮する等のコミュニケーションを実施する等、利用者が安心して対応できるよう心掛けられています。 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。 接遇アンケート（年2回）の実施による利用者への接し方及び利用者と職員が馴れ合いの関係にならないための、敬語を心掛ける等の対応が行われています。 難聴や認知による失語症状等の利用者へは、ホワイトボードの筆談や文字パネルや写真等のその人に合った必要なコミュニケーションツールを活用した対応が行われています。		
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
＜コメント＞ 年度当初に身体拘束廃止・防止及び虐待防止指針・要綱等を全職員へ配布し身体拘束の研修を実施する等、利用者の権利擁護に関する職員への理解を深める取り組みが行われています。 利用者への身体拘束廃止・防止等における3原則（切迫性、非代替性、一時性）の3要件を満たす等の適正な確認の手続きの重要性等の定期的な研修等による周知徹底が行われています。 虐待防止委員会、身体拘束等適正委員会（3ヶ月単位）に開催され、施設内での権利侵害の防止等に等に関する関係法令の周知や各担当部署での防止・予防等の現状が報告され、職員に周知が図られています。 センサーマットの実施について毎月の担当者会議で、利用者への必要性の有無が検討されています。		

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
＜コメント＞ 落ち着いて利用者が施設での生活を過ごされるために、馴染みのものや使い慣れたタンス、写真等を家庭から持ち込む等の配慮が行われています。		

また、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、毎日の清掃と定期的なシーツ交換（汚染時には早期な対応の実施）が行われています。

施設内（各ユニット）や個室居室は適温の温室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。

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。

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。

多床室（二人部屋）では、プラバシーカーテン等で仕切りする等の生活環境の工夫が行われています。

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
＜コメント＞ 入浴マニュアルに沿って利用者の体調管理や精神状態、感染症等に配慮した入浴介助が行われています。 利用者一人ひとりの入浴方法はモニタリング（３ヶ月毎）に検証され、必要な見直しの実施、及び介護サービス計画（ケアプラン）の定期的評価・見直し（６ヶ月）等に反映されています。 また、利用者一人ひとりの２４時間シート記録等、ユニット会議（毎月）で共有され、入浴方法等についても変更が必要な場合は対応される等、手すりや滑り止め等の福祉器具、皮膚保護緩和剤等を使用した安全に配慮する等による入浴等が柔軟で適切な取り組みが行われています。 入浴拒否の方は、時間の調整や職員の交替等による支援を行うこととされていますが、それでも無理な場合は、清拭の実施などの対応が行われています。 また、医療機関の受診や外出等による入浴に気持ちが向かない場合は、入浴の振替日を設定する等の柔軟な対応が行われています。 身体へのタオルを掛けることで羞恥心への配慮及び利用者への注意喚起としての声掛け等による安心・安全な入浴への支援に努められています。 柚子湯や菖蒲湯など季節を感じられ、快適な入浴サービスの提供にも力を入れておられます。		
A⑥	A-3-(1)-② 排泄介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
＜コメント＞ 排泄マニュアルに基づき、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。 利用者の身体状況に合ったトイレ、ポータブルトイレ、紙おむつ、パット等の利用が行われています。 排泄介助や紙おむつ交換時間は、利用者一人ひとりの生活リズムに合わせて設定され、トイレが可能な方は、トイレに案内、必要な排便支援（腹圧含む）が実施され、身体状況によっては２名体制での支援が行われています。		

便秘にならないための下剤の服薬時期や量及び対応（浣腸含む）の変更等が行なわれています。 更に、便の性状、色や臭い等異常時は看護師へ連絡する等、利用者の体調の変化への連携による対応が行われています。 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保持に心掛けられています。		
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
＜コメント＞ 移動・移乗マニュアル及びリフト操作マニュアルに基づき、機能訓練指導員（理学療法士）と連携され無理のない安全な歩行移動・移乗及び車椅子使用、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。 身体状況に合った福祉用具機能訓練指導員（理学療法士）と協議する等、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。 利用者自身の力で歩行や移乗する力を維持するための声掛け、見守り、手引き歩行等、利用者一人ひとりの状況能力に合わせた支援が行われています。		
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
＜コメント＞ 衛生管理マニュアルに基づき、定期的な外部研修への参加による衛生管理が実施され、安心・安全な食事提供に努められています。 給食委員会による嗜好調査の実施、残食調査結果等を献立（メニュー表）に反映する等、利用者の好みの把握や季節の食材を取り入れた季節料理（行事食含む）、朝食は、本人希望のごはんかパンの選択等、食事の楽しみや美味しく食べていたさく為の取り組みが行われています。 食事は、温度（保温・保冷等）、一口大に刻む（副食のきざみ食等）等の利用者に適応した食事形態（誤嚥防止含む）での提供等が実施されています。 利用者一人ひとりに合った食事位置（場所等）や食器（陶器）や自助皿等での食事の提供が行われ、食器が重たい方には、軽い食器を用意する等の配慮が行われています。 食堂へのTVの設置等、昼食時は美しい景色や音楽を流す（DVD）等により、穏やかにリラックスして食事ができる雰囲気づくりが行われています。		
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
＜コメント＞ 食事マニュアルに基づき、機能訓練指導員と連携した食事時のポジショニングの調整（チルト・リクライニング式車椅子・自動ブレーキ等の活用含む）による安全、安心な食事ができるよう支援されています。 利用者の嚥下状態を考慮した食事の提供（刻み、なめらか、ペースト、ゼリー当）及び食事の量、多職種（栄養士、看護師、介護員等）連携による誤嚥の注意が必要な方へのトロミ剤等の使用等、安全な食事の提供、食事介助等に努められています。 利用者の栄養ケア計画を作成による栄養ケアマネジメントの実施に向けて、栄養士、機能訓練		

指導員による食事状況の見廻り（週１回程度）が行われています。 ご自分で食べて頂けるよう心身の状況に合わせ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。 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。		
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
＜コメント＞ 訪問歯科医が来苑され、自歯（入所利用者）の口腔ケアを中心とした入れ歯の調整や清潔保持及び介護員への口腔ケア指導や対応方法等の助言等による口腔ケアの向上が図られています。 食事前の口腔マッサージの実施による誤嚥予防及び食後は口腔ケアによる清潔に努めておられます。 研修を実施してケアの資質向上も図られています。		
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
＜コメント＞ 褥瘡発生時対応手順に基づき、早期発見・早期治療等に心掛ける等への職員への周知及びいつでも確認行えるように、各ユニット単位へ対応手順が配備されています。 褥瘡発生予防マニュアルに沿って、褥瘡アセスメントシートを活用した栄養状態、皮膚状態等の様子観察が実施され、日常的に皮膚状況を常時観察し、変化があれば多職種（看護師、栄養士、機能訓練指導員、介護員等）での情報共有及び予防対策（体の動きや栄養面等含む）等に取り組まれています。 褥瘡予防対策として、利用者の正しい姿勢の体位変換、ポジショニング、ベッドマットレス当の選択等の除圧等が実施され、介護ICT機器を活用する等の利用者の体位の変化への対応による予防が行われています。 全職員を対象とした食事と栄養素についての褥瘡と関連した研修が実施される等、より良い褥瘡予防・対応ケア等についての知識向上の取り組みが行われています。		
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
＜コメント＞ 喀痰吸引等の実務者研修（年５０時間）へ積極的な受講（法人の資格取得助成等）等、有資格者による喀痰吸引資格を持つ介護職員（介護職員の５７％）による喀痰吸引・経管栄養等の実施が出来る体制を整え、職員の負担の隔たりを無くし、利用者の安心・安全な生活を送っていただく取り組みが行われています。 今後においても安全な喀痰吸引を行うための管理体制を整え、看護師等による研修（個別指導）及び実銭的な実施機会を設ける等の取り組みを行うこととされています。		

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
<コメント> 機能訓練指導員（PT）による個別機能訓練計画（リハビリプログラム等）の策定及び見直しによる日常の機能訓練（日常生活動作の維持含む）や介護予防（口腔体操、褥瘡予防等）等の活動が行われています。 利用者一人ひとりの機能訓練計画の評価・見直し（３ヶ月単位）等、利用者の日常生活動作（身体機能、生理機能、知能機能等）の状態変化を検証する等による利用者の身体機能に沿った生活リハビリ等が行われています。 具体的には、書道やぬり絵等、楽しみとリハビリ（転倒防止、つまずき改善等）、介護予防活動を視野にした活動に取り組まれています。 機能訓練指導員は定期的に個別対応を行う等、介護員への利用者の介助方法及び自立（継続）を目指した助言等が行なわれています。		
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
<コメント> 認知症高齢者ケアマニュアルに基づき、認知症状のケースや対応等の基本的な対応姿勢（受容と理解等）等の認知症研修（年間に数回）が実施され、異食や転倒に配慮され環境整備が行われ事故を未然防止等の認知症ケアが行われています。 日常の利用者への介助における「気づきノート」へ認知状況等の記録を職員間で情報共有する等の利用者に適応した対応について検討が行われています。 また、対応が難しい方には会議を開催し情報共有、意見交換を行い、統一した認知ケアを行うこととされています。 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、介護サービス計画（ケアプラン）への反映に繋がられています。		
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
<コメント> 急変時対応マニュアル（急変時フローチャート）に基づき、利用者の体調変化への緊急事態に対する看護師との連携や協力医療機関、救急車要請、緊急時の家族等への連絡体制等の迅速な対応が行われています。 看護師は、日常的に施設内の巡回等による利用者の体調の把握が行われています。 急変時対応マニュアルは、施設内のサービスステーションの分かりやすい場所に掲示されています。 夜間等での緊急時は、夜間当番の看護師へ容態の変化の連絡及び対応指示等による適切な対応		

を行うこととされています。 日中業務の引継ぎノートを活用して、利用者の気なる様子等が夜間職員へ周知される等による継続した体調変化への対応が行われることとなっています。 緊急時の場合は、各部署との協力体制等が円滑に実行するための訓練が行われています。 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。		
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
＜コメント＞ ターミナルケアマニュアルに基づき、終末期のケア体制の整備及び多職種連携による看取りケアの取り組みが行われています。 家族等の意向を踏まえたターミナルプランが策定され、家族とのコミュニケーションを密に取り、家族との連携（利用者の尊厳を保ち、生活を整えるケア等）や職員間での情報共有による適切な対応に向けた取り組みが行われています。 職員が共通の理解を持った看取りケアを行えるよう終末期ケアの研修が行われています。 看取りケアを実施後のケアの振り返り（検証等）が実施され、職員の精神的な軽減等に向けた取り組みが行われています。		

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
＜コメント＞ 家族等へ、利用者の生活状況及び各種行事、写真等を添えた現況情報の家庭通信を作成し郵送されています。 緊急時の優先順位の連絡先の電話番号等をケース記録に明記する等、利用者の状況の変化が発生した場合等、必要に応じて看護師（看護員含む）から家族（身元引受人）へ電話連絡が随時の報告として行われています。 コロナ５類移行後も、地域社会の感染状況への配慮等を行いながらの家族等の面談が実施されていますが、家族面会時には、家族からの希望や要望等を伺いながら不安の解消に努められています。 ６ヶ月単位の介護サービス計画（ケアプラン）の評価・見直しへの利用者（家族等）への参加が難しい場合は、アセスメント（介護支援専門員等）が実施され、サービス担当者会議等で他の職員への情報共有が行われています。		