

## 福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン

### ①第三者評価機関情報

評価機関名：	社会福祉法人 鳥取県社会福祉協議会
訪問調査実施期間：	平成26年1月24日（金）

### ②事業者情報

名称： 社会福祉法人 鳥取県厚生事業団 指定介護老人福祉施設 厳城はごろも苑	種別： 特別養護老人ホーム
代表者氏名： 理事長 山本光範	定員（利用人数）：150名（150名）
所在地： 鳥取県倉吉市厳城920-1	TEL 0858-23-0311

### ③総 評

#### ◇特に評価の高い点

#### 1. 看取り体制の充実

厳城はごろも苑では、利用者・家族の希望により、毎年、多くの方の看取りをしておられます。職員に対しては、「看取りに関する指針」を明示し、終末期を迎えた場合の手順や施設の対応等、職員間の合意形成がなされています。看取り介護に関する職員教育として「いのちのしゃべり場」「偲びのカンファレンス」を開催し、死生観についての研修や、職員の精神的ケアなども行われています。毎月ターミナル検討委員会、毎週ターミナル会議を開催し、看取り体制の充実を図る取組をしておられます。

#### 2. サービスの質の向上について

ケアカンファレンスには、多くの利用者・家族の参加があります。様々な職種の関係職員が参加して協議し、利用者・家族の思いを反映したケアプランの作成につなげておられます。また、各棟ごとに年1回、利用者・家族との交流会を開催するなど、家族の絆を深める取組をし、多くの家族が参加しておられます。

#### ◇改善を求められる点

#### 1. 外部監査の実施について

経営上の改善課題の発見とその解決のための客観的な情報を得るためにも、外部監査の実施が望まれます。

#### 2. 人事考課について

人材の能力開発・育成、公正な職員処遇、職員意欲を喚起する等の目的を達成するためにも、客観的な基準に基づき人事考課に取り組まれることが望まれます。

### ④第三者評価結果に対する事業者のコメント

--

### ⑤各評価項目にかかる第三者評価結果

別紙のとおり

# 福祉サービス第三者評価結果

※すべての評価項目（53項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

## 評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

### Ⅰ-1 理念・基本方針

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。		
Ⅰ-1-(1)-① 理念が明文化されている。	Ⓐ・b・c	①法人理念と施設理念を明文化しておられます。施設理念は、利用者一人一人を尊重し、共に喜び共に笑いあえる介護の実施を目指しておられます。 ②法人や施設理念を達成するための経営方針、基本方針がそれぞれ明文化されており、玄関や廊下に掲示されています。また、基本方針は、事業計画書にも記載しておられます。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	Ⓐ・b・c	
Ⅰ-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。		
Ⅰ-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	Ⓐ・b・c	①職員へは、年度当初に開催される全職員を対象とした「職員会議・研修会」で、書面で配布するとともに施設長が説明しておられます。 ②利用者や家族へは、入所時や年1回の利用者懇談会や家族会総会において説明されています。理念や方針をわかりやすく書き換えた要約版を作成され、懇談会での説明だけでなく、廊下に掲示したり、一人一人に職員分担任で説明されたりして、利用者へわかりやすい説明を心がけておられます。
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	Ⓐ・b・c	

### Ⅰ-2 事業計画の策定

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅰ-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
Ⅰ-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	Ⓐ・b・c	①巖城はごも苑第2期中長期経営計画（H25年～H29年）が策定されています。②施設運営と財務管理、③福祉サービスの向上、④組織・職員（人材育成）を柱に、細かい項目にわけて計画を作成されています。 ②事業計画は、中長期計画の内容と収支計画を反映して策定されています。
Ⅰ-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	Ⓐ・b・c	
Ⅰ-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
Ⅰ-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	Ⓐ・b・c	①事業計画は、「総務」、「医務」、「介護」、「給食」、「相談」、「機能訓練」の各セクションの意見を基に運営委員会が策定しておられます。年度途中に各セクションで中間総括を実施して進捗状況を振り返り、年度末には運営委員会が全体総括を行い、次年度の課題、方向性を協議しておられます。 ②事業計画は、年度当初の職員会議で配布するとともに、毎月開催されるセクション会議で進捗状況を報告し、職員に周知されています。 ③施設内に掲示し、わかりやすく書き換えた計画書を用いて説明されています。25年度計画は、わかり易いように、項目立てをして簡易な文章で表記しておられます。
Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	Ⓐ・b・c	
Ⅰ-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	Ⓐ・b・c	

## I-3 管理者の責任とリーダーシップ

評価項目	第三者評価結果	コメント
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	(a)・b・c	①施設長は、毎月のセクション会議や年度当初の職員会議において、考え方や方針について施設長名の資料を作成し、説明をしておられます。有事における管理者の役割や責任についても文書化して示されています。 ②遵守すべき法令については、リスト化しファイルに綴って、事務室に設置し、職員がいつでも見ることが出来るようにしておられます。職員に対して、身体拘束やプライバシー保護、コンプライアンスについて、正しく理解するための研修に取り組んでおられます。また、施設長は、法令遵守に関する研修会に参加して、最新の情報を得ておられます。
I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	(a)・b・c	
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	(a)・b・c	①施設長は、毎月のセクション会議、「サービス向上委員会」、「衛生委員会」、「リスクマネジメント委員会」等の各種委員会に出席し、福祉サービスの質に関する課題を把握し、その課題の改善に向けた取り組みに指導力を発揮しておられます。 ②施設長は、前年度の財務状況の把握、職員の適正配置に向けての法人本部への要望等、業務改善や職員の働きやすい環境整備に向けた取り組みに指導力を発揮しておられます。
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	(a)・b・c	

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

## Ⅱ-1 経営状況の把握

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅱ-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	(a)・b・c	①市内の31施設が会員となっている倉吉市社会福祉施設連絡協議会に加入し、年3回の会議で地域のニーズ把握をされたり、毎年開催される特養の全国セミナーに参加し、事業経営をとりまく環境を把握されたりしています。 ②セクション会議で状況把握や課題分析をしておられます。改善に向けて施設整備をする等、事業所全体で取り組まれています。 ③外部監査は実施されていません。
Ⅱ-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	(a)・b・c	
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a・b・(c)	

## Ⅱ-2 人材の確保・養成

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	(a)・b・c	①中長期計画の大きな3つの柱の1つに「組織・職員(人材)」を位置づけた人材育成プランがあります。組織が必要とする専門資格取得に向けた研修を事業計画に示し、実施されています。 ②人事考課は実施されていません。
Ⅱ-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a・b・(c)	

II-2-2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
II-2-2-1) 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	(a)・b・c	①「勤務実績表」で毎月の時間外勤務や有給休暇取得状況を集計し、毎月開催の「衛生委員会」で就業状況が把握・検討され、改善する仕組みがあります。 ②鳥取県公社・事業団職員互助会に加入され、職員の福利厚生に取り組みられています。年1回産業医との健康相談日が設定され、相談できるようにされています。また、セクハラ相談窓口とメンタルヘルス相談窓口も設置してあります。
II-2-2-2) 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	(a)・b・c	
II-2-3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
II-2-3-1) 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	(a)・b・c	①組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が「厚生事業団職員研修事業実施要綱」に明示されています。 ②職員は、年度当初に「個人研修シート」に記入をし、施設長はそれを基に個別面談をして個々の職員の育成計画を検討しておられます。介護部の新任職員にはエルダー制での指導体制が取られています。 ③各研修会に参加した職員は、各棟の会議で報告をするのと同時に、3カ月に1度の全職員への復命研修で報告をしておられます。研修委員会は、個人目標カードの達成度で今年度の研修成果を振り返り、次年度の研修に反映するようになっています。
II-2-3-2) 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	(a)・b・c	
II-2-3-3) 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	(a)・b・c	
II-2-4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
II-2-4-1) 実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	(a)・b・c	①介護福祉士、社会福祉士等、資格取得のための実習生受け入れ担当者が決められ、受け入れマニュアルに基づいて受け入れされています。実習ごとにプログラムが作成され、実習中と実習終了後に職員との意見交換会を実施しておられます。また、実習指導者研修があるときは、毎回1名の参加派遣をしておられます。

### II-3 安全管理

評価項目	第三者評価結果	コメント
II-3-1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。		
II-3-1-1) 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	(a)・b・c	①緊急時（事故・感染症等）対応マニュアルを策定しておられます。3カ月に1回感染症対策委員会、毎月リスクマネジメント委員会を開催しておられます。また、BCP計画（事業継続計画）を策定し、組織的に非常時の体制を整備しておられます。
II-3-1-2) 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	(a)・b・c	②非常時の避難先、避難ルート、避難方法を定め、年3回避難訓練が実施されています。また、150人分の食料とおむつの備蓄が3日分あります。
II-3-1-3) 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	(a)・b・c	③各棟のリスク係が「出来事報告書」により、棟のリスクを収集しておられます。毎月リスクマネジメント委員会で「出来事報告書」を用いてリスクを把握し、改善策を検討しておられます。その結果は、毎月の棟会議で職員に周知されています。

## II-4 地域との交流と連携

評価項目	第三者評価結果	コメント
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	(a)・b・c	①施設は、三明寺東地区（44世帯）の中にあり、合同避難訓練など連携を取っておられます。地域の運動会などの行事に利用者が参加したり、苑の納涼祭などの行事に地域の方を招待したりして交流を図っておられます。 ②地域の方を対象に、地域の公民館で、管理栄養士による栄養指導や機能訓練指導員による機能低下予防教室を開催しておられます。事業計画にも地域との連携をめざしたサービス事業の推進と施設機能の地域還元が明示されています。 ③事業計画にボランティア受け入れについて示し、基本姿勢を明確しておられます。ボランティア受入担当者を決め、「ボランティア受入マニュアル」により、年間延べ525名（24年度実績）のボランティアを受け入れておられます。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	(a)・b・c	
II-4-(1)-③ ボランティア受け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)・b・c	
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	(a)・b・c	①近隣の病院、歯科医院、福祉事務所、電気屋、タクシー会社などの一覧表を電話の近くや事務所、各棟の掲示板に掲示して、職員が確認できるようにされています。 ②市の長寿社会課、中部成年後見支援センター、障害者就業生活支援センターくらはよとは、日常的に連絡を取りながら、利用者の課題検討や相談ごと、生活支援等、連携を取っておられます。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	(a)・b・c	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	(a)・b・c	①専門職の会「地域づくりしよいやの会」や24年4月に開設した居宅介護支援事業の相談を通してニーズの把握に努めておられます。また、施設の行事等で来所する地域の方にアンケートを実施して、地域住民の意見を聞く機会を設けておられます。 ②地域住民の要望を基に介護教室、健康体操など、取り組みがなされています。把握された福祉ニーズに基づく事業は、具体的の中・長期事業計画や事業計画の中に明示されることを期待します。
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	a・(b)・c	

## 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

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解を持つための取り組みを行っている。	(a)・b・c	①利用者を尊重したサービスの提供について、基本方針や介護理念に明示しておられます。法人で開催する人権研修で、職員周知を図っておられます。 ②「プライバシー保護マニュアル」、「個人情報保護規程」、「高齢者虐待防止マニュアル」等を整備し、研修で職員周知を図っておられます。
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	(a)・b・c	
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	(a)・b・c	①年1回利用者・家族にアンケート行い、「サービス向上委員会」が分析・検討をして、利用者満足度向上に向けた取り組みをしておられます。各棟ごとに利用者・家族との様々な交流会を年1回開催し、家族の絆を深め、充実した生活が送れるように取り組んでおられます。

Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	(a)・b・c	①苦情受付ボックスが施設2か所に設置してあります。施設に相談窓口、第三者委員が各棟の掲示板に明示されています。施設内に相談室が設けてあり、生活相談員が相談窓口として、面談対応する仕組みになっています。 ②相談窓口以外の苦情解決委員会や外部の相談先も、重要事項説明書に明示し、入所時に利用者・家族に説明されています。施設長以下各セクションの代表と第三者委員で構成される苦情解決委員会は、年2回開催され、苦情や要望の検討をしておられます。 ③「苦情対応マニュアル」が整備されています。苦情や意見は、迅速な対応に心がけ、利用者に配慮の上、各棟の掲示板に結果報告をしておられます。
Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	(a)・b・c	
Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	(a)・b・c	

### Ⅲ-2 サービスの質の確保

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。		
Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	(a)・b・c	①毎年、法人内評価と施設内評価を実施しておられます。また、定期的に第三者評価を受審しておられます。サービス向上委員会を設置し、分析・検討しておられます。 ②第三者評価、法人内評価、施設内評価後の評価結果に基づき、サービス向上委員会で分析し、改善計画を立て、実施、評価とPDCAのサイクルを回しておられます。
Ⅲ-2-(1)-② 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実行している。	(a)・b・c	
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(2)-① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	(a)・b・c	①実施するサービス全般について、標準的な実施方法が文書化されており、職員が日常的に活用できるように、施設内10か所に設置され、周知が図られています。 ②マニュアルは、年度末の職員会議で見直しされています。定期的に見直していますが、必要な場合は、その都度見直しされています。
Ⅲ-2-(2)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	(a)・b・c	
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	(a)・b・c	①サービス実施記録の様式は統一されており、「ケアプラン実施記録」に実施記録がされています。ケアプラン作成研修を実施し、ケアプラン、アセスメントの記録方法に差異が生じないように取り組まれています。 ②「文書管理規程」、「情報公開規程」、「個人情報保護規程」を定め、記録管理責任者を設置して、管理しておられます。 ③利用者の状況等に関する情報は、施設内のパソコンネットワークで共有化を図っておられます。利用者の状態の変化に対して、速やかに対応することが出来るようにしておられます。
Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	(a)・b・c	
Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	(a)・b・c	

## Ⅲ-3 サービスの開始・継続

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	Ⓐ・b・c	①ホームページに事業所の組織、事業等の情報を公開しておられます。定期的に広報紙を500部発行して、地域や公共機関へ配布しておられます。施設見学には随時対応され、入所希望者には、必要な情報を提供されています。 ②サービス開始時には、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書等に基づいて、利用者・家族に説明し、同意を得ておられます。
Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	Ⓐ・b・c	
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	Ⓐ・b・c	①他施設へ移行の場合は、「看護・介護連絡票」を作成して情報提供しておられます。また病院に入院する場合は、「情報提供書」に加えて「診断書」、「診断情報提供書」も提供して、サービスの継続性に配慮しておられます。

## Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	Ⓐ・b・c	①担当者とケアマネージャーが、ケアプランマニュアルに基づいて、「私の姿と気持ちシート」に利用者の希望、生活状況、身体状況をアセスメントしておられます。
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	Ⓐ・b・c	①事務分掌にサービス実施計画策定の体制が明示しており、統括、ケース担当者の役割が記載されています。利用者一人一人のケアプラン見直しの計画表を一覧表で管理しておられます。3カ月ごとにモニタリング、6カ月ごとにカンファレンスを開催しておられます。 ②6カ月に1回の見直し時には、利用者、家族、ケアマネージャー、ケース担当者が、場合によっては、相談員、栄養士も加わって行われています。各棟でミニカンファレンスをして、手直し後本カンファレンスをしておられます。
Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	Ⓐ・b・c	

# 福祉サービス第三者評価結果 (付加基準—高齢者福祉サービス版<特養>—)

※すべての評価項目（17項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を記入する。

## A-1 支援の基本

評価項目	第三者評価結果	コメント
A-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。	Ⓐ・b・c	①情報シートやアセスメントシートで利用者の意向や生活習慣、趣味、身体状況の把握に努められ、家族やボランティア等の協力を得ながら社会参加をできるようにされています。
A-1-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	Ⓐ・b・c	②一人一人の症状や障がいにあわせたコミュニケーションが行われています。利用者懇談会や個別聞き取りを行い、利用者の要望を改善につなげておられます。

## A-2 身体介護

評価項目	第三者評価結果	コメント
A-2-① 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	Ⓐ・b・c	①機械浴、リフト浴、個浴など、利用者の心身の状況や意向にあわせて入浴できるようにされています。入浴日や時間の変更、入浴できない方の清拭など清潔が保てるようにされています。
A-2-② 排泄介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	Ⓐ・b・c	②医務と排泄記録の共有化を図り、一人一人の排泄状況や健康状態を把握し、職員同士連携を取りながら対応されています。
A-2-③ 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	Ⓐ・b・c	③アセスメントシートにより心身の状況を把握し、一人一人の機能にあわせた移乗、移動方法を実施されています。PT・OTによる移乗や移動、保持方法の職員研修会を、棟毎に数回に分けて実施されています。
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	Ⓐ・b・c	④排泄介助時や入浴介助時に皮膚の観察を行い、早期発見に努めておられます。異常が認められた場合は、その日のうちにカンファレンスを実施しておられます。棟毎に週1回褥瘡カンファレンスをし、他職種参加のもとで対応について話し合わせ、実施されています。

## A-3 食生活

評価項目	第三者評価結果	コメント
A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	Ⓐ・b・c	①3カ月ごとに栄養ケアマネジメント計画を策定し、アセスメントにより利用者の嗜好の情報を得たり、日々の食事状況から体調や食欲を察知して、状況に応じた対応をされています。また、食材に旬のものを使用する等、献立に変化を持たせるよう工夫しておられます。
A-3-② 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。	Ⓐ・b・c	②毎月開催される食事サービス向上委員会で、利用者も参加し要望や意見を取り入れ、一人一人の食事情報の共有を図っておられます。
A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	Ⓐ・b・c	③口腔ケアマネジメント計画を策定されています。月1回、口腔ケア委員会や、口腔ケア係会議を実施し、各棟の課題を抽出し、歯科医師の助言をもとに具体策を検討し、各棟で利用者の状況に応じた口腔ケアを実施されています。



## A-4 終末期の対応

評価項目	第三者評価結果	コメント
A-4-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	㉠・b・c	①ターミナルケアマニュアルで「看取りに関する指針」を明示し、利用者が終末期を迎えた場合の手順や施設の対応等、手順を整えておられます。利用者・家族への説明・同意も行われています。看取り介護に関する職員教育として「いのちのしゃべり場」「偲びのカンファレンス」を開催し、死生観についての研修やケアについての振り返り、精神的ケアなども行われています。

## A-5 認知症ケア

評価項目	第三者評価結果	コメント
A-5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	㉠・b・c	①毎月、認知症ケース検討係り会議において、認知症についての知識や情報を収集し、各通りで研修を実施されています。2カ月に1回認知症検討委員会を開催しケース検討を行いながら、他職種協働による認知症ケアの向上に努めておられます。
A-5-② 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	㉠・b・c	②わかりやすい説明や案内表示など、認知症の方が安心できるようにしたり、安全に配慮した、個々の居場所づくりにも工夫が見えます。認知症リーダー研修を受けた職員を中心にグループケアに取り組まれています。

## A-6 機能訓練、介護予防

評価項目	第三者評価結果	コメント
A-6-① 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。	㉠・b・c	①アセスメントで介護員とPT、OTと情報交換をし、ケアプランと個別機能訓練計画とを関連させ立案されています。利用者の心身の状況に応じた生活リハビリを実施されています。また、棟毎に移乗・移動職員研修会を実施されています。

## A-7 健康管理、衛生管理

評価項目	第三者評価結果	コメント
A-7-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	㉠・b・c	①緊急時対応マニュアルを策定され、主治医と連携をとり、緊急時の対応をとっておられます。年3回夜間緊急時対応研修を実施し、体調変化時の対応について学ばれています。
A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	㉠・b・c	②感染対策委員会とリスクマネジメント委員会を3カ月毎と毎月、また感染症流行時は随時開催し、マニュアルに沿って感染症、食中毒発生の予防に組織的に取り組まれています。

## A-8 建物・設備

評価項目	第三者評価結果	コメント
A-8-① 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	㉠・b・c	①毎月衛生委員会が、施設内の環境整備について不具合や危険箇所を点検し、改善されています。また、毎日棟毎に車いすの点検をし、安全に使用できるように努めておられます。

## A-9 家族との連携

評価項目	第三者評価結果	コメント
A-9-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	㉠・b・c	①年1回棟毎に運動会や音楽会等、家族交流会が実施されています。定期的に年2回家族へ近況報告書を送付したり、体調変化時には随時連絡を取るなど、家族と連携体制を取っておられます。