

# 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：養護老人ホームシルバー倉吉	種別：養護老人ホーム (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護)	
代表者氏名：管理者 森石 彰子	定員(利用人数)：50名(50名)	
所在地：鳥取県倉吉市福庭町2丁目145		
TEL：0858-26-0821	ホームページ： <a href="https://www.med-wel.jp/silver/">https://www.med-wel.jp/silver/</a>	
<b>【施設の概要】</b>		
開設年月日：1948(昭和23年)年11月1日 重要な変遷：平成10年7月1日倉吉市の管理運営委託 平成18年4月1日事業譲渡		
経営法人・設置主体(法人名等)：社会福祉法人 敬仁会 理事長 藤井一博		
職員数	常勤職員： 23名	非常勤職員 5名
専門職	管理者 1名	介護補助員 1名
	生活相談員 2名	宿直専門員 3名
	看護師 1名	日直専門員 1名
	支援員兼介護職員 10名	
	主任支援員 1名	
	サービス提供責任者 1名	
	栄養士 1名	
	調理員 5名	
施設・設備 の概要	居屋(2人部屋) 27室	浴室 2ヶ所
	相談室 1室	トイレ 7ヶ所
	静養室 1室	調理室 1室
	食堂 1室	事務室 1室
	医務室 1室	宿直室 1室
	集会室(会議) 1室	介護職員室 1室
	面会室 1室	洗濯室 1ヶ所
		火災通報システム
	AED	

### ③理念・基本方針

#### 【法人理念】

仁は人の心なり

仁を以ってかかわるすべての人たちの幸せを追求し、  
地域社会とともに歩み続けます

#### 1、テnderラビングケア

「愛」とは誰かの心に希望の灯をともすことです  
自分に何が出来るかをまず考えることです

(日野原重明著テnderラブより)

#### 2、スローライフ

丁寧を考えること、誠実に対応すること

#### 【シルバー倉吉の基本理念】

お一人おひとりを大切にしたい、その人らしい生活を支援します。

#### 【施設方針】

- 1) 利用者がいつまでも自立した日常生活が送れるよう支援します。
- 2) 利用者の願いを尊重し、尊厳ある暮らしを提供します。
- 3) 地域と協力・連携を図り、地域貢献に取り組みます。
- 4) 職員の活気が感じられる職場づくりを目指します。

### ④施設の特徴的な取組

#### ○職員個々のスキルアップ

- ・法人全体でISO9001を取得。  
ISO手順書により業務や各種マニュアル作成、計画書の統一など共有ができることで職員の質の向上に繋がっています。
- ・個別に育成及び目標達成計画表を作成し、より積極的な研修参加。

#### ○職員の働く環境の見直し

- ・職員の就業に対する意向や要望等の把握は、年1回身上報告書と年3回の面接において意向確認が行われ、ワーク・ライフ・バランスに配慮した職場環境が整えられています。
- ・風通しの良い職場作り。

#### ○メンタルヘルスケアの充実。

- ・相談受付体制（メンタルヘルス検査含む）の整備、ストレスチェックの実施  
産業医によるカウンセリング

#### ○地域住民との交流、各種ボランティア受け入れによる外部との交流機会を設ける。

- (現在、新型コロナ対応の為中断中のものもあります。)
- ・地域の小学校へ出向いた認知症絵本教室への参加協力。
  - ・地域の消防団の協力を得て夜間想定避難訓練を実施。

- ・地域住民に健康教室を提供。
- ・各種ボランティア、実習生の積極的な受入れ体制。
- ・近隣の保育園との交流（作品展示）

### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和5年11月1日（契約日）～ 令和6年2月13日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	16回（令和4年度）

### ⑥総評

#### ◇特に評価の高い点

○理念・施設方針が事業計画（重点目標）に反映され、多様な障がいや生活課題（心身の状況に不安、経済困窮など）を持つ利用者のニーズに沿った支援の提供と自立のために必要な指導・訓練、また常時介護を要する方への将来を踏まえたサービスを提供できるよう取組まれています。

○職員の専門性の向上と働きがいのある職場づくりへの取組み、活気ある職場を目指されています。

- ・研修を通して職員の専門性の向上

「認知症BPSDケアプログラム」の理解と活用

精神疾患のある方の事例検討会

触法高齢者及び精神疾患のある方の受入れに関する勉強会

- ・「働きがいのある職場づくり」への取組み

看護・介護・相談業務の効率化を進め時間外労働の軽減

5月、11月に「職員アンケート」を実施され、集計結果からの業務改善

- ・業務運営におけるデジタル化の推進

ネット環境を整えられ、タブレットを使用して記録ができるよう（入力方法の研修も含め）ITC化を現在進めておられ、業務の効率化に向け取組まれています。

○地域との交流や連携等の取組みによる事業運営に対する理解を深める取組み等が計画的に行われています。

○養護老人ホームとして100%の稼働率を維持されており、課題であった利用者の重度化解消に取り組まれています。

○建物設備の老朽化に対し廊下のクロス張替工事や備品更新等により安全な環境の整備が行われています。

○食事は全て施設内で作られており、食事形態やメニューの工夫、嗜好調査も行われてお

り、利用者に楽しく食事をして頂けるよう取組まれています。

○認知症対策や機能低下予防対策が行われており、ケアプランにも反映され、多職種連携により一人ひとりの利用者に対応したケアができるよう努めておられます。

○風通しの良い職場環境作りが進められています

◇改善を求められる点

● 利用者の高齢化、障がい等の高度化の進展

- ・入所者の高齢化、障がい等の重度化が進み認知症等の利用者が増加傾向にあり、職員は、認知症研修、外部研修等へ参加され、知識・技能スキル等の向上が図られていますが、他の利用者に認知症を理解して頂く難しさもあり、利用者への配慮等これからもチームケアを目指し、情報共有を行い、利用者の願いを尊重できるサービスに期待します。

### ⑦第三者評価結果に対する施設のコメント

今回の福祉サービス第三者評価結果を参考にし、よりサービス提供の品質向上ができるよう改善していきたいと思えます。また、ICT導入に向けて取り組みを行い、働きやすい職場環境の整備に努めます。

### 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（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>法人理念を基にした施設理念・方針が明文化されており、事務所・スタッフルーム・食堂・玄関等に掲示されています。</p> <p>施設理念・方針はホームページ、重要事項説明書、広報誌、施設パンフレットにも記載されています。</p> <p>職員に対しては、3月末の職員会議で説明を行ない、名札の裏に明記された用紙を携行され、いつでも確認できるようにしておられます。</p> <p>利用者に対しては、自治会全体集会を開き、理念、方針をかみ砕き説明が行なわれており、参加されていない利用者には資料を配布し周知が図られています。</p> <p>家族・関係機関・地域の福庭地区に対しては広報誌を配布されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>全国老人福祉施設協議会や他施設からの情報や市の長寿社会課と連携を図り情報収集をされ、施設内で分析をされています。</p> <p>法人の経営会議で毎月の経営状況を分析し、その結果について管理者が毎月の運営会議、職員会議で資料を回覧され周知が図られています。</p> <p>それを基に施設内の運営会議、職員会議で課題等を分析し課題解決に向け検討されています。</p> <p>行政、地域包括支援センター、医療機関、県内の他施設との情報共有を行ない地域の状況を分析しておられます。</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>毎月の法人施設長会議で話し合われた経営状況や課題等について、管理者より運営会議・職員会</p>		

議において周知が図られ、課題への取組みについても説明が行なわれています。

また、部門毎の委員会（看護・介護・厨房）でも、課題についての説明や具体的な施策等の話し合いが行われ取組まれています。

### 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人としての理念・基本方針が反映された中・長期計画（5カ年計画）が策定されており、その方針に基づき当施設の中・長期計画が策定されています。</p> <p>経営課題と経営状況の把握、分析を踏まえ理念・基本方針の実現に向けイメージし、どのように取組んでいくかを検討し策定されています。</p> <p>目標数値も明確化し評価しておられます。</p> <p>法人、施設共に中間達成度評価を実施し、必要に応じて見直しが行われます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ISO手順書を基に、中・長期計画を反映した単年度計画が策定されています。</p> <p>事業計画は、職員の意向、法人理念が反映された目標、達成レベル設定、人材育成、具体的な取組み方法等を明確化され、実行可能な内容となるよう工夫されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>前年度のマネジメントレビューや次年度の事業計画作成のための職員アンケートを実施し次年度の事業計画策定に反映しておられます。</p> <p>中間目標達成度評価が行なわれ、評価時期は、中間・期末となっています。</p> <p>事業計画の進捗状況に応じ随時の評価、見直しも行われます。</p> <p>ISO手順書に「品質方針・品質目標プロセス体系図」があり組織的に評価、見直し、分析を行い明確化した内容を職員会議で定期的に報告され周知が図られています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者に対しては、年度当初の自治会全体集会（毎週月曜日）において、事業計画の内容について分かりやすく噛み砕きながら説明が行なわれています。</p>		

理解度もそれぞれに違われますので、分からない点があれば、質問して頂き都度答えておられます。

また、施設内にも掲示されています。

家族や地域の方に対しては、広報誌を配布され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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ISOに基づいた品質マネジメントシステム運用や福祉サービス第三者評価の取組みにより、定められた評価基準を基に自己評価をされ、サービスの質の向上に向けた取組みが行われています。</p> <p>また、利用者への年1回の満足度調査、年2回の嗜好調査を実施され、実施後はポイントを絞り各係で改善活動が行われています。</p> <p>改善活動には是正予防処置報告書を活用しPDCAサイクルに基づき評価しておられます。</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;</p> <p>評価結果については職員に回覧し周知が図られており、是正予防処置手順に沿って各係・委員会にて改善に向けPDCAサイクルを実施されています。</p> <p>課題・改善方法については、職員会議で周知され、情報共有が図られ、改善に向け取組まれています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>業務分掌に明文化されており、組織全体の運営管理、管理者としての自らの役割・機能や不在時における緊急時の権限委譲も明確にされた施設運営が行われています。</p> <p>年度当初の職員会議においても自らの責任と役割について話されています。</p> <p>事業継続計画（BCP）の作成も行われており、管理者の役割や不在時の代行者も明記され、職</p>		

<p>員がいつでも確認できるように事務所・スタッフルーム内に掲示されています。</p> <p>また、管理者は家族や地域に配布されている広報誌に役割や責任について表明されています。</p>		
11	<p>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。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>遵守すべき法令等を理解し、利害関係者との適切な関係を保持しておられます。</p> <p>法人内に法令遵守部会があり、法令の変更や新しいことがあれば、通知があり職員にも周知されています。</p> <p>福祉関連法令は事務所に設置され、ISO文書管理で明確にされ、職員はいつでも確認できるようになっています。</p> <p>必要な知識を習得するため研修や勉強会には参加を心掛け、職員会議でも情報を発信しておられます。</p>		
<p>Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p>		
12	<p>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。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は施設内の巡回を行い、利用者や職員に対し声掛けや様子の変化を確認しておられ、気軽に相談等が出来る職場環境作りに努めておられます。</p> <p>運営会議や職員会議に於いても、職員と共に施設目標の評価・分析が行ない、サービスの質の向上に取組まれています。</p> <p>また、各委員会にも参加され、助言されています。</p> <p>施設マネジメントレビューを行ない、改善が必要な部分は指示を行ない取組まれています。</p> <p>期末には評価を行ない次年度の事業計画に反映させておられます。</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>法令配置数を基に組織是、体制図を明確にしておられ、支援の必要な利用者の増加に伴い、法令配置数の見直しも検討されています。</p> <p>管理者は毎月法人・施設の経営状況会議に参加され、経営状況等の資料を職員会議にて説明し課題、改善策を明確にし、指導力を発揮されています。</p> <p>ネット環境を整え、事業計画にタブレットを使用した記録入力等、ITC化に向け取組まれています。</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	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>&lt;コメント&gt;</p> <p>人員確保は法人で一括管理されており、ホームページ、ハローワーク、専門学校就職説明会で人材確保に向け働き掛けておられます。</p> <p>法人からのヒアリングがあり、人員要求が行われています。</p> <p>また、人材確保に向け法人の取組みとして「職員採用協力手当制度」が設けられています。</p> <p>人材育成は、人事考課制度の整備があり、年3回の職員面接を行ない、職員の意向を汲み取り、定着につなげておられます。</p> <p>また、令和5年度の重点目標に職員のモチベーションが上がる職場環境の整備、作業効率化を進めておられます。</p> <p>また、定期的に階層別研修等もあり、個々の職員のスキルアップが図られています。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人としての就業規則、給与規程、人事考課規定やISO目標管理手順に基づき、職員の公正な人事処遇の実現に向けた取組みが行われています。</p> <p>法人が求める職員像は「職員の心得」を基に明確にされており、事務所・スタッフルームに掲示され職員がいつでも確認できるようしておられます。</p> <p>人事考課制度があり、総合的な人事管理が適切に行われており、毎年12月には身上報告書の提出が行われ、意向確認をされています。</p> <p>個人の目標管理表、職務基準書が整備されており、キャリアアップも人事基準に明記されており上を目指すための職場環境は整えられています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員一人ひとりの意向・要望の把握は、年1回の身上報告書、年3回の面接に於いて行われており、ワーク・ライフ・バランスに配慮された職場環境になるよう努めておられます。</p> <p>今年度の重点目標とし「働きがいのある職場づくり」への取組みとして、「職員アンケート」を5月・11月に実施され、集計結果から業務改善を図り、時間外労働の軽減やITC化による効率化が進むよう取組まれています。</p> <p>毎月の有給休暇の取得状況についてはチェックを行ない、声掛けをされ、取得促進を促されています。</p> <p>職員の健康管理として、定期健康診断・インフルエンザ予防接種等の法人負担、疲労度蓄積度・職業ストレス・腰痛・メンタルケア等に積極的に取組み、職員の心身の健康と安全確保に取組む体制を整備されています。</p> <p>法人の福利厚生制度の手引きを作成され、全職員に配布されています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人が求める職員像を明確にされ、育成計画表や目標管理表で職員一人ひとりの目標設定が行われています。</p> <p>育成計画はISOや法人教育研修、本人の意向を基に計画・実行されています。</p> <p>人事考課制度を導入されており、年3回の目標面接を実施され、取りたい資格、研修の希望も聞かれ、進捗状況の確認が行われ、上席からの指導・アドバイスがあり、育成に取組まれています。</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>重点目標として職員管理が挙げられており、研修や教育が実施されています。</p> <p>教育研修委員会は、定期的に研修の評価を行い指導に活かされています。</p> <p>年間の研修計画に沿って、経験年数・職種、階層別に応じて研修が実施されています。</p> <p>施設内研修・法人研修・外部研修（WEBを含む）に参加され、伝達研修も行われています。</p> <p>ネット環境も整備され、法人が導入されたeラーニングの研修も受講されています。</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>職員個々のレベルに合った教育、研修の機会が確保されており、法人の職務基準に基づき職員一人ひとりの研修計画が作成されています。</p> <p>外部研修等の案内は回覧されており、一人1回以上の研修に参加できるよう配慮されており、研修参加後は復命書により報告、評価されています。</p> <p>法人の教育研修委員会にて階層別研修を実施されており、就業年数に応じた研修の機会が設けられています。</p> <p>また、専門職は時間外の研修が多いため勤務として参加してもらい、代休を取得してもらう配慮も行われています。</p> <p>新人職員の採用があれば、新人職員にはOJTが行われ、定期的な評価による指導・助言が行われています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>受入れにあたり施設独自のマニュアルがあり、それに沿って実施されています。</p> <p>実習校とも協議され、実習生の受入計画を作成し、担当者を明確にされています。</p> <p>実習開始前には利用者にも実習生受入れについて知らせ、職員には実習計画についての周知をされ、実習生へのオリエンテーションが行われ実習に取組まれています。</p>		

感染対策を行ない留意しながら、看護実習等の受入れを行い、コミュニケーション実習が主に行われています。

実習生はその日の目標を決め、毎日振り返りを行い、最終日には反省会が開かれています。

### II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人のホームページを中心に法人理念・行動規範、法人概要、事業計画、法人会計監査報告、苦情解決体制、福祉サービス第三者評価の結果が記載され、広く情報公開が行われています。</p> <p>当施設の情報公開として、広報誌「波々伎」、パンフレット等が各関係機関や地域の公民館等への配布等による情報提供が行われています。</p> <p>毎週利用者に向け、生活相談日を設けられており、苦情等があれば、報告し、内容の開示も行われています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ISO手順書による事務処理、経理、外部取引等のルールの明確化されています。</p> <p>社会福祉法人敬仁会として外部の会計監査法人による会計監査や行政実地指導、内部経理監査監事監査が定期的実施されおり、適正な経営管理に努められています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>今年度の事業計画にも地域連携・社会貢献が挙げられています。</p> <p>コロナ5類移行になりましたが、従来のように地域の方を招いた祭りの開催はまだ難しい状況ですが、できる交流から再開されています。</p> <p>近隣の保育園との体操交流や作品等を館内に展示され交流が行われました。</p> <p>今年度は地域の納涼祭には職員のみが参加されました。</p> <p>神社のお祭りには参加されました。</p> <p>買物は地域からの移動販売車が来られています。</p> <p>地域の理髪店からの訪問理美容は行われています。</p> <p>高齢化や認知機能の低下もあり、社会資源を利用する機会が少なくなっていますが、希望に</p>		

<p>応じて対応されています。</p> <p>総合防災訓練時に地域の消防団と一緒に避難訓練に取り組まれています。</p>		
24	<p>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。</p>	<p>b</p>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティア受入れマニュアルが整備され、受入れ体制を明確にされています。</p> <p>法人全体としてコロナウイルス感染予防対策について厳格な決まりが設けられていましたが、5類移行に伴い緩和された部分もあり、少しずつコロナ禍前と同じように生け花の指導ボランティアの方や高校生のボランティアが再開されました。</p> <p>次年度に向け中止になっていた行事のお手伝いのボランティアの受け入れも検討されています。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
25	<p>Ⅱ-4-(2)-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。</p>	<p>a</p>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>関係機関リスト（倉吉市役所、社会福祉施設連絡会、県内養護老人ホーム、医療機関、保健所、警察、消防署、施設設備保守点検業者等）の一覧備が整備され、事務室等へ掲示され、職員の誰もが適切に対応できる仕組みが確立されています。</p> <p>行政・両法人入所判定会へ参加され、行政・法人内で連携が図られています。</p> <p>医療機関・地域包括支援センターとも連携を図り、利用状況、空き状況等の情報を共有されています。</p> <p>生活管理指導短期宿泊事業が行われており、緊急ショートステイに柔軟に対応されています。</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	<p>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。</p>	<p>a</p>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>行政より緊急短期宿泊への利用依頼があり対応しておられます。</p> <p>コロナが5類移行に伴い、事業所のスペースを活用し、地域住民とのスポーツ交流、健康教室が実施され、地域の方々への施設の理解を深め、アンケート調査も再開されました。</p> <p>広報誌にも毎号高齢者の困りごと相談をしていただけることを載せ、気軽に相談できることをアピールされています。</p>		
27	<p>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。</p>	<p>a</p>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>社会福祉法人敬仁会としては、鳥取県「えんくるり事業」へ参加協力が行なわれています。</p> <p>施設としては、倉吉市長寿社会課や包括支援センター等と連携し、ショートステイの利用受入れ</p>		

が行われています。

「災害時の一時避難場所」、「子どもかけ込み110番」に登録されています。

総合防災訓練は、地域消防団と連携し実施され、実施後は様々な災害研修を実施されています。

事業所のスペースを活用し、健康教室を実施されましたが、更にニーズの把握を行い、理念・方針の実現に向け地域貢献活動を工夫し実施されることを目指しておられます。

## 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設理念である「お一人おひとりを大切にしたい、その人らしい生活を支援します」及び施設方針の「利用者の願いを尊重し、尊厳ある暮らしを提供します」という利用者を尊重した福祉サービスの提供について「職員の心得」にも明文化されており、職員の目に入りやすい施設内の事務所・スタッフルーム等に掲示し、職員がいつでも確認できるようにしておられます。</p> <p>職員全員対象の必須研修として、コンプライアンス研修、人権研修、接遇マナー研修が行われ、虐待の芽チェックリスト（年2回）を活用し振り返り、職員間での情報共有が行われており、利用者の願いの尊重や尊厳のある暮らしや基本的人権への配慮が図られています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ISO手順書に入浴介助手順・排泄介助手順にプライバシーについて明文化されており、手順書に沿った支援が行われています。</p> <p>排泄介助時、身障者用トイレ内にカーテンを設置し、他の利用者や職員からの視線を遮る工夫が行なわれています。</p> <p>居室は二人部屋ですが、建物の構造的に壁を作ることは難しいため、対応策としてカーテンで仕切り、プライベート空間を作られています。</p> <p>入所時には、本人・身元引受人にプライバシーポリシーの説明が行われ、同意を得ておられます。</p> <p>虐待の芽チェック」を実施され、利用者の視点に立ったサービス提供に努められています。</p> <p>居室の名札は本人の希望に沿って表示・非表示となっています。</p> <p>職員間で利用者の話をされる際には事務所でない、記録も事務所内で行われています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページ、パンフレット、広報誌で情報提供が行なわれており、近隣の公民館・地域包括センターにはパンフレット、広報誌も置かれています。</p> <p>施設利用の前に説明・見学等の対応が行われています。</p> <p>独自のサービスとして「1日体験利用サービス」の受け入れ体制が整っています。</p>		
31	<p>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。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス開始時には、重要事項説明書を用いて本人・家族に理解して頂けるよう、内容をかみ砕きながら丁寧な説明を心掛け、同意を得てサービスを開始されています。</p> <p>見直しカンファレンスでサービスの変更があった場合にも、本人・家族に説明をされ、同意を得ておられます。</p> <p>随時サービスの変更、重要事項説明書の変更があった場合にも説明をされ、本人・家族の同意を得ておられます。</p>		
32	<p>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</p>	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設としての入所退所基準が設け、柔軟に対応されています。</p> <p>ISO手順書に退所対応手順書が定められており、地域包括センターや行政（措置権者）、医療機関、他施設との連携を図り、その都度会議に参加され、必要資料の作成・提供を行ない、情報共有されています。</p> <p>併せて家族への説明も行われています。</p> <p>退所後のアフターケアについての記載もあり、相談に対応できる体制があります。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。</p>		
33	<p>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。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎年、利用者への満足度調査、家族アンケート、嗜好調査が実施されており、アンケート集計結果については担当者が分析・検討し、改善計画を作成され改善活動に取組まれています。</p> <p>長期的な計画が必要な場合には、PDCAサイクルを活用し、改善活動に取組まれています。</p> <p>毎週自治会全体集会が開かれており、利用者の意見・要望を確認され迅速な対応を心掛けておられます。</p> <p>毎週火曜日には定期生活相談日が設けられており、利用者が個別に相談ができる体制が作られています。</p> <p>日常的に利用者とのコミュニケーションを大切にされ、職員から声を掛け、話しやすい雰囲気作りを行い、利用者からの意見・要望を受け止めるために取組まれています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設内、法人内に苦情解決委員会が設置されており、ISO手順書（福祉サービス苦情解決処理要領）に従い体制が整備されています。</p> <p>法人で第三者委員を招き、上期・下期での苦情、意見、お褒めの言葉について報告し意見を伺われています。</p> <p>施設内には苦情解決委員会のポスターを掲示され、相談窓口も明記されています。</p> <p>重要事項説明書にも記載されており、入所時には本人・家族等に説明が行われています。</p> <p>意見箱は施設内4か所に設置されています。</p> <p>施設内では、毎月会議を開き、苦情・意見・お褒めの言葉を確認され、内容を精査され掲示され、職員会議に於いて意見・相談の内容や対応策について周知が図られています。</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、利用者等周知している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎週火曜日には定期生活相談日を設け、意見・要望等を述べやすい環境作りが行なわれおり、定期生活相談日の開催のお知らせは施設内に掲示されています。</p> <p>定期生活相談日以外でも、いつでも、誰にでも話してもらえることを伝え対応しておられます。</p> <p>毎週月曜日に開かれている自治会全体集会においても意見・要望等を吸い上げ、施設として対応可能な事柄であれば対応しておられます。</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>ISO手順書（福祉サービス苦情解決処理要領）に従い厳正に対応しておられます。</p> <p>満足度調査、家族アンケート、嗜好調査、意見箱、定期生活相談、自治会全体集会、日常の相談等からの意見・要望等は職員朝礼ミーティング、会議等で職員は情報共有され組織的に対応しておられます。</p> <p>内容によっては改善計画を作成し、改善に向け取組まれています。</p> <p>意見の大小に拘わらず、すべて管理者に報告され、できるだけ迅速な対応を心掛けておられます。</p> <p>対応に時間を要する案件の場合には、当該利用者に途中経過や時間を頂く事について説明をしておられます。</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>&lt;コメント&gt;</p>		

<p>法人・施設内共にリスクマネジメント委員会が設置されており、施設内で毎月会議を開き、毎月の事故・ヒヤリハット報告書の内容について周知が行われています。</p> <p>また、四半期、半期、年単位で集計・分析結果も基に対策をたて、対応についても周知が図られています。</p> <p>施設内の安全点検は、各担当により毎月行われています。</p> <p>コロナ禍となり外出の機会が減った事もあり、ADLの低下、認知機能の低下が著しくなり、転倒の数も増加傾向にあります。</p> <p>以前から行われていた予防対策事業も継続しながら、個別案件についてはヒヤリハット報告書、事故報告書を活用・検証し予防策を講じ改善に向け取組まれています。</p> <p>移動・移乗の際にも本人に合った福祉用具の検討も行われています。</p> <p>法人内の他施設の事例を取上げた検討も行われています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ISO手順書に従い、感染症マニュアルが整備されています。</p> <p>感染対策委員会も設置され、月に1回会議が開かれています。</p> <p>感染症対策は、新型コロナウイルス感染症を中心に看護職を中心に実施されており、職員会議に於いても感染症に関する研修が実施されています。</p> <p>新型コロナ関連の研修としてPPE（防護服）脱着訓練を行ない、脱着時のリスクについて職員間で共有され、脱着時の注意点をアドバイスされました。</p> <p>利用者への感染症に関するリスク低減策として、手洗い研修や手指消毒の実施を継続してお願いする等、注意喚起を促されています。</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>防火管理者を定め防災計画書が策定されています。</p> <p>また、事業継続計画（BCP）、水害等避難確保計画も策定されており、年度当初に見直しを行ない職員への周知が図られました。</p> <p>総合防災訓練を年2回実施され、水害等避難訓練も年1回行われています。</p> <p>総合防災訓練の夜間想定には、地域消防団の参加で計画され、実施されました。</p> <p>安否確認メールを使用しての連絡網訓練も実施されています。</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>ISO手順書により福祉サービスの場面ごとに利用者へのサービス提供等に向けた排泄・入浴・食事手順等のマニュアルが作成されており、福祉サービスの標準的な実施方法が明文化されています。</p> <p>標準的なサービスが提供できるように、研修を行い定着出来ているか確認をされ、新人・異動職員には研修・OJTを行ない、支援方法等の統一化が図られています。</p> <p>利用者一人ひとりの特性や心身の改善等に向けた自立支援計画が策定されており、利用者個々に合った支援と標準的な支援が行えるよう職員間で共有したサービス提供が行なわれています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ISO文書管理手順により、毎年4月に文書レビューを行ない見直されています。</p> <p>また、各部会に於いても文書の見直しが行われています。</p> <p>内部監査、サーベイランスにて確認され、必要に応じて文書の見直しが行われています。</p> <p>カンファレンスは多職種が参加し、支援計画の課題についても定期的に評価・見直しが行われ、変更時には回覧をされ、情報共有が図られています。</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;</p> <p>パッケージプランを使用されたアセスメント表の作成と定期的な見直しを行い計画書が作成されています。</p> <p>利用者・家族のニーズをくみ取り支援計画の作成が行われています。</p> <p>3ヶ月に1回のモニタリング、6ヶ月に1回の見直し、担当を中心に多職種でカンファレンスが実施されています。</p> <p>利用者一人ひとりのサービス実施計画が策定され、利用者・家族等の同意を得て、計画に基づいて支援が開始されます。</p> <p>モニタリング、見直しカンファレンスではサービスの評価・見直し、ニーズを確認され、サービス計画に反映されています。</p> <p>支援困難ケースの場合は、事例検討会を開き、職員間で情報共有をされ、支援方法の検討が行われています。</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;</p> <p>モニタリング時はサービス計画に対して評価を行ない、必要に応じて軽微な修正が行われています。</p> <p>見直しカンファレンス時には、前回のサービス計画を評価され、新たな利用者のニーズを把握さ</p>		

<p>れサービス計画に反映されており、手順書に沿ったプラン変更が行われています。</p> <p>利用者の状態変化が著しい場合にはその都度カンファレンスを実施し評価・見直しを行ない、サービス計画を変更しておられます。</p>		
<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。</p>		
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;</p> <p>統一された記録用紙を使用し、個人ケースファイルに身体状況、精神状況、生活の様子等をフォーカスチャート方式で記録され、記録内容ごとに日常の記録は黒字、医療関係は赤字、サービス計画に関する記録は青字と分けて記録されており、業務の効率化につながっています。</p> <p>新人職員（異動職員）には記録の書き方の研修が行われています。</p> <p>バイタル測定等はグラフを使用し、記録が見やすい工夫をされています。</p> <p>日常的な引き継ぎにはノートを使用し、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;</p> <p>個人情報についての研修は1年に1回行われています。</p> <p>職員は入職時には個人情報保護規定に沿った誓約書に署名されています。</p> <p>ISO手順書の品質記録リストに従い保管責任者、場所、保管年数等を明確にした管理が行われています。</p> <p>個人情報保護のために、個人ケースファイルには背表紙に名前を貼らず、部屋番号が書かれており、横に名前を記載されています。</p> <p>利用者・家族等には入所時に個人情報の取扱いについて説明され、重要事項説明書、契約書に署名を頂いております。</p> <p>広報誌等の写真掲載についての許可も確認されています。</p>		

## 内容評価基準（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>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎週火曜日に定期的に生活相談日、月末の週は栄養相談日を設け本人の要望・希望の聞き取りが行われています。</p> <p>毎週の自治会全体会では、利用者からの意見・要望を伺い随時対応されています。</p> <p>高齢の入所者も増加してきており、必要時には介護サービスが受けられるよう、介護申請の手続</p>		

<p>きを行ない、継続して施設で生活ができるよう配慮されていますが、地域移行を希望される方は最近はありません。</p> <p>施設での入退所基準を作成され、要介護3以上になられたら、家族に報告し特養への申し込みが行われています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎朝居室訪問を行ない、バイタル測定、健康観察が行われており、その際も体調面について伺う事で会話を促さす等、日々の暮らしの中で会話がない日がないように心掛けておられます。</p> <p>生活相談員・担当支援員が中心になり、本人の希望等の確認し支援されています。</p> <p>コミュニケーションの方法は個々の状況に合わせて行われており、難聴の方には筆談等で工夫されながら対応されています。</p> <p>意思表示が難しい方は、家族に相談されたり、本人の表情を確認しながら支援内容を検討されています。</p> <p>現在、特別コミュニケーションが取れないで困る利用者はおられません。</p> <p>接遇マナーについての研修も施設内で行われています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人には虐待防止指針、虐待防止委員会があり、虐待防止対応手順に沿って、定期的に身体拘束廃止委員会や苦情解決委員会を開催し、検討する機会が設けられています。</p> <p>虐待の芽チェックを年2回実施されており、不適切なケアの早期発見に努めておられます。</p> <p>虐待防止研修、人権研修、接遇研修を実施し、理解・周知されています。</p> <p>権利擁護の支援も行われています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>居室は全て2名定員で、冷暖房完備です。</p> <p>利用者の入居前の生活環境に配慮した居室環境になるよう環境整備が行われています。</p> <p>食堂、浴室、トイレ、洗濯室、洗面所等日常生活に必要な環境が整備され、静養室、医務室、面会室、相談室、集会室等利用者の緊急時や必要とする施設環境は全て整えられています。</p> <p>建物の老朽化に伴い、快適な環境でない部分もありますが、可能な限り工夫をされ、清掃に気を</p>		

付け、清潔な環境で過ごせるように心掛けておられます。

管理者は定期的に館内ラウンドを行い、環境測定を実施しておられます。

安全対策委員会による施設の定期点検（月1回）が行われ、安全に過ごせるよう改善や対策が行われています。

居室の清掃はできるだけ利用者に行って頂き、支援が必要と思われる場合には職員も一緒に行われています。

施設内の共有スペースやトイレの清掃は同一法人内の就労継続支援B型のクリーンクルーに委託されており、清潔な環境整備が行われています。

### 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ISO入浴介助手順があり、手順に沿ってアセスメントやカンファレンスで利用者の状況に合わせた支援方法を検討され、支援方法や個別の対応、福祉用具の活用を検討され、行われています。</p> <p>カンファレンス等で利用者の状況に合わせた入浴方法を検討され、必要に応じて清拭の対応や入浴日の調整が行われています。</p> <p>基本的には週2回入浴頂いています。</p> <p>毎朝の健康チェック、入浴前に検温と体調確認を行ない、体調不良時には翌日や清拭に変更される対応が行われています。</p> <p>入浴拒否のある方には、声掛けの工夫を行ない、入浴して頂けない場合でも更衣だけでもして頂いています。</p> <p>入浴はローテーションとしては、介助が必要な利用者（個室・リフト浴での入浴）から始まり、順次大小の浴室（見守り支援）等利用者の心身の状況に合わせた入浴が行われています。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ISO排泄手順書があり、手順に沿った支援が行われています。</p> <p>排泄介助の必要な方も増えておられるので、排泄介助手順に基づき、定期的な声掛け、トイレ誘導、見守り等による安全対応、プライバシーや羞恥心に配慮した支援が行われています。</p> <p>プライバシー保護の配慮として、トイレにはプライベートカーテンが設置されています。</p> <p>カンファレンス等で支援内容の見直しも行われています。</p> <p>便秘や排泄が困難の方には、温あん法や排便体操など個々に合わせた対応が行われています。</p> <p>必要に応じて排尿・排便の観察し確認しておられます。</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>&lt;コメント&gt;</p>		

理学療法士（PT）による訪問リハビリテーションを利用しておられる利用者もあり、個々の身体機能に合った対応が行われており、必要なリハビリテーションが行なわれています。

また、理学療法士による、身体状況に適した福祉用具の選定等も行われています。

定期的に福祉用具の機器のチェックや清掃が行われています。

カンファレンスやケアプラン会議やスタッフ会議等を実施し、ケアの統一が図られています。

機能低下予防対策として大腰筋トレーニングが行われており、歩行訓練やラジオ体操も継続して実施されています。

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>

栄養士による嗜好調査が実施されており、誕生会では該当の利用者の方に希望を伺い、お好みのメニューを取入れた食事提供が行われています。

朝食はパンか米飯の希望を事前に申し出ることができます。

毎週金曜日の昼食は、メインのおかずが選択メニューとなっています。

行事食の提供も行われており、食事を楽しめる工夫が行われています。

すべて施設内で調理されているので、毎月「寿司の日」を設ける等独自でメニューの工夫が行われています。

ISO給食衛生管理手順があり、適切な衛生管理が行われています。

ワンプレートで仕切りのある皿を使っておられましたが、食べにくいという利用者の意見を反映し、食器を変更されました。

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>

嚥下機能に合わせた利用者に合せた食事形態（きざみ、極きざみ、ソフト食、とろみ食等）で提供されています。

米飯も普通・軟飯・おかゆの対応もされ、ポジショニング、声掛け、見守りをされ、食事介助の必要な方はおられず、自助具も使いながら自分で食事がして頂けるよう工夫をされています。

また、食事時間も長めに設定されており、個々のペースに合わせた食事時間になるよう配慮されています。

カンファレンス時には食事についての見直しも行われています。

感染対策として、食事の際には密にならないように間隔をあげ、テーブルを配置し、2グループに分け対応されています。

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>

現在は感染予防対策のため昼食前の口腔体操は中止されています。

今年度の口腔研修は2月に歯科衛生士が来られ、職員・利用者共に参加し行われる予定です。

食後には口腔ケアが行われ歯磨き支援等、しっかり咀嚼できるよう機能維持に努めておられま

<p>す。</p> <p>必要に応じ、歯科受診の支援が行われています。</p> <p>自立支援計画の見直しカンファレンス前には多職種によるオーラルマネジメント（OHA T）評価が行われています。</p>		
<p>3 - (3) 褥瘡発生予防・ケア</p>		
A⑪	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>法人全体でeラーニングを導入されており、ナレッジデリバーを活用し褥瘡管理とスキンケア研修が行われました。</p> <p>また、施設内研修として褥瘡予防研修を職員会議内に於いて実施されています。</p> <p>入浴時には全身の皮膚状態の観察をされています。</p> <p>褥瘡の発生された場合は看護師を中心にケアが行われます。</p> <p>利用者の状況に合わせて体圧分散マットレスの使用や離床・臥床のタイミングの検討、体位交換表を作成され対応されています。現在は体位交換が必要な方はおられないので、体位交換表の作成は行われていません。</p> <p>褥瘡予防のためのガイドラインも作成されました。</p>		
<p>3 - (4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養</p>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <p>I S Oの喀痰吸引実施管理手順書があり管理されています。</p> <p>必要時には実施されますが、現在は対象者がおられません。</p> <p>看護師を中心に喀痰吸引研修も実施しておられます。</p> <p>また、施設内に安全委員会が設置されており、毎月会議を開催し、安全実施の確認が行われています。</p>		
<p>3 - (5) 機能訓練、介護予防</p>		
A⑬	A-3-(5)-① 利用者の心身の状況に合わせて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>介護予防対策として、ラジオ体操、歩行訓練、大腰筋体操が行われており、くもん学習による認知症予防対策が継続して行われています。</p> <p>機能訓練が必要な利用者には、ケアプランに挙げ、訪問リハビリを利用してリハビリテーションが実施され、評価も行われています。</p> <p>認知症の進行に伴い判断能力の低下等が見られる場合には、医療機関と連携を図り、必要な対応が行われています。</p> <p>必要に応じて成年後見人制度の活用も行われています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設内の認知症研修（BPSD等も含む）は、年1回実施しておられます。</p> <p>認知症実践リーダー研修や認知症実践研修にも職員に参加しておられます。</p> <p>見直しカンファレンス時は、適切なアセスメントが行われ、個々に合わせた処遇計画が作成されています。多職種によるカンファレンス会議で協議し、情報共有をされ、計画の評価・見直しが行われています。</p> <p>居室の目印やトイレの表示を分かりやすくする工夫をされています。</p> <p>日常生活において一人ひとりの状況に応じた役割をもち、活力ある生活が送れるよう臨機応変に対応し、支援が行われています。</p> <p>工夫が不十分な点や職員のスキルの差も感じられているようです。</p> <p>また、他の利用者の認知症に対する理解を含め十分な配慮ができてない点があるようです。</p> <p>それぞれの職員で得手、不得手がありますから、これからも研修を継続され、チームで情報共有を行いケアの充実に期待します。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>緊急時対応マニュアルがあり、手順書に沿った対応が行われています。</p> <p>急変時にスムーズな対応が行えるよう看護連絡表に既往歴、緊急連絡先、ADL等を入力し個人ケースファイルに綴り準備されています。</p> <p>日常的に健康観察が行われており、状態変化が見られれば、早急に医療機関へ連絡し、状況に応じ受診をされています。</p> <p>日中は配置されている看護師が対応されています。</p> <p>緊急時には医師へ直接連絡できる体制があります。</p> <p>家族へは適時報告が行われています。</p> <p>服薬管理が難しい方が増えてこられたので、必要な方には食事の際に確認し渡されています。</p> <p>薬の仕分けは看護師が行っておられます。</p>		
3-(8) 終末期の対応		
A⑯	A-3-(8)-①終末期の対応	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設としては看取りケアは行われていませんが、嘱託医と連携をされ、施設で出来る限りの対応を行ないながら、入院のタイミングを調整しておられます。</p> <p>法人内の重度化・看取りの研修に職員は参加されています。</p> <p>本人に緊急時、延命処置などの聞き取りをされ、個人ケースへ綴られています。</p> <p>献体登録や永代供養の状況はフェイスシートに明記されています。</p>		

## A-4 家族等との連携

		第三者評価結果
A-4-(1) 家族等との連携		
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>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月、広報誌と共に担当から日々の様子をお便りで報告しておられます。 状態変化があれば、家族へその都度連絡されています。 自立支援計画書作成時、変更時には、家族カンファレンスを行ない意向確認、要望の聞き取りが行なわれています。 利用者との家族関係が保たれている家族とは、信頼関係が構築できるよう心掛けておられます。 成年後見人の活用も行われています。</p>		