

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：ふしの白寿苑		種別：介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)		
代表者氏名：苑長 塩 俊英		定員（利用人数）： 70名（70名）		
所在地：鳥取市伏野1771番地36				
TEL：0857-59-0108		ホームページ：http://www.tottori-kousei.jp		
【施設の概要】				
開設年月日：昭和48年12月1日 鳥取県立東部特別養護老人ホームとして開設 平成2年4月1日 鳥取県立三津白寿苑に名称変更 平成12年4月1日 介護保険制度開始 平成17年4月1日 鳥取県より譲渡、鳥取県厚生事業団による自主運営 平成30年4月1日 現在地に新築移転、ふしの白寿苑に名称変更				
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：	62名	非常勤職員：	21名
専門職員	介護福祉士	38名	介護員補助	16名
	介護支援専門員	4名	相談員補助	1名
	看護師	4名	調理員補助	5名
	准看護師	1名	警備員	2名
	理学療法士	1名	清掃パート	1名
	管理栄養士	1名		
施設・設備 の概要	(居室数)		(設備等)	
	ユニット（個室10室） 特別養護老人ホーム 計 7ユニット 70室 短期入所生活介護 計 1ユニット 10室		浴室 8か所 特別浴室 2ヶ所 地域交流スペース 1ヶ所 医務室 1ヶ所 機能訓練室 1ヶ所 理美容室 1ヶ所 多目的室 2ヶ所 相談室 2ヶ所 会議室 1ヶ所	

③ 理念・基本方針

基本理念

入居者様お一人おひとりを、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。

施設機能の地域展開と連携を推進し、地域から親しまれる施設づくりを目指します。

基本方針

- ・入居者が、楽しく生き生きと安心して過ごすことが出来る環境づくりに努めます。
- ・より良いサービスを提供するために、専門家としての倫理と誇りを持ち、技能の研鑽に努めます。
- ・入居者、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。

④ 施設の特徴的な取組

- ・ 51年目を迎えられる長い歴史を持つ施設で、現在のふしの白寿苑は、新築移転から6年が経ちました。

10室の個室なる8つのユニットで構成され、それぞれにリビング・キッチンが設けられた家庭的な雰囲気の基、個別ケアに努めておられます。

短期入所生活介護に於いても、専用ユニットが用意されています。

また、ITC機器や介護ソフト導入により、職員の業務改善や利用者の安心安全な環境作りが行われています。

- ・ チームや多職種連携で安心・安全な福祉サービスの提供が行われています。
ケアプランは本人並びに家族のニーズに真摯に向き合い、多職種連携のもと、PDCAサイクルに基づいたケアが実施できるよう努めておられます。

- ・ 家族交流と地域福祉の推進

ふるさと訪問、買物外出など利用者の希望による外出行事を行い、家族や地域との交流が図られています。また、秋祭り、敬老会などの各種行事を実施して、地域や家族との関係性を保つよう心掛けておられます。（今年度も節目の方のお祝いを家族も招いて行われました。）

地域の老人クラブの環境整備のボランティア、中学生の職場体験や歌や踊りのボランティアとの交流も再開されています。

利用者のニーズに基づき、できる限り社会との関係性を保つよう心掛けておられます。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和6年6月18日（契約日）～ 令和7年1月20日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	6 回（令和3年度）

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

○平成30年に全館個室対応の8つのユニットを新築され、ユニット事にリビング・キッチンが設けられ、家庭的な雰囲気の中利用者の尊厳を守り、一人ひとりに合わせた良質なサービスの提供、ケアプランに基づく個別ケアの充実に取り組まれています。

移設新築・名称変更から6年が経過し、各種委員会による各種のサービス計画の策定や実践、介護サービス内容の検証や対策を委員会、ユニット単位で積み上げた成果が着実に上がってきています。

○チームや多職種連携で安心・安全な福祉サービスの提供

ケアプランの作成時には本人・家族等のニーズと向き合い、多職種連携のもとにPDCAサイクルに基づいたケアができるよう取り組まれており、認知症委員会が設けられ、認知症介護研修も行われ、外部の認知症介護実践者研修、認知症リーダー研修、認知症基礎研修を受講され復命研修も行われており、認知症によりコミュニケーションが取りにくい利用者に対して気持ちに寄り添ったケアになるよう努めておられます。

また、多職種で連携され口腔ケア、適切な食事形態、姿勢の調整等で誤嚥性肺炎を予防するとともに、生活リハビリも行い楽しみと本人のできることを活動に取り入れ、重度化予防と機能維持が行われています。

介護職員による喀痰吸引、経管栄養を実施するための資格取得、研修体制も確立されており、夜間にも有資格者を配置され、医療的ケア対策推進委員会も設けられ、医療行為が必要な方に安全な医療的ケアが提供されています。看取り期においても家族や職員間の連携を密にされ、その人らしい看取り期のケアが提供できるよう取り組まれています。

○第三者評価に対する全職員の自己評価コメント

福祉サービスの基本方針、サービスの質の向上への組織的・計画的な取組み等々、全職員による項目単位の判断理由等のコメント記入による率直な振り返りが行われ、職員一人ひとりの現状認識による自己評価が行われています。

○地域交流と地域から白寿苑への積極的なボランティア活動

苑の基本方針や事業計画等による地域等への関わりについて明記され、ふるさと訪問、買物外出など利用者の希望による外出行事を行い、家族や地域との交流が図られています。また、秋祭り、敬老会などの各種行事を実施して、地域や家族との関係性を保つよう心掛けておられます。（今年度も節目の方のお祝いを家族も招いて行われました。）

地域の老人クラブの環境整備のボランティア、中学生の職場体験や歌や踊りのボランティアとの交流も再開されています。

◇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。

更に働き甲斐の感じられる職場環境の整備に向けての取組みに期待します。

○人事評価制度の導入に向けて

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

今回の第三者評価は、ユニットケアの特色を生かしたサービスの提供や多職種連携のもとPDCAサイクルに基づいたケアや研修体制など十分把握と理解していただき、評価に反映されているものと感じます。

指摘がありましたように、今後ますます介護人材の不足が深刻化します。

職員の仕事への意欲向上や仕事のやりがいを感じる職場環境に努め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
＜コメント＞ 施設の基本理念と基本方針は明文化され、ホームページ、広報誌、パンフレット等へ明記され、各ユニット、廊下等に掲示され周知が図られています。 職員には、年度始めの職員会議、職員の代表者会議、ユニット会議で説明を行い周知が図られています。 利用者・家族等には、利用開始時の説明時や毎月の利用者懇談会、家族会の際に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
＜コメント＞ 社会福祉事業を取り巻く情勢等、全国の老人福祉施設協議会、県社協福祉経営者協議会、県老人福祉施設協議会、福祉新聞等による情報収集による運営の在り方等の検証が行なわれています。 特別養護老人ホームとして、併設する居宅介護支援事業所や地区社会福祉協議会、第三者委員、他事業所の介護支援専門員等と情報交換を通じて、地域の介護福祉サービスにおけるニーズや環境変化等の把握が行われています。 毎月の利用状況については入所稼働率、電気代・オムツの使用状況など数値で示され職員の代表者会議・ユニット会議で報告、分析等の共有が図られています。 また、四半期単位に経営部会（施設長出席）による事業報告（四半期）が法人本部等で討議され、その内容は職員にも周知が図られています。		
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＞ 事業計画に対する毎月の稼働率、水道光熱費等の月次分析が実施され、職場の代表者会議で経営分析、課題等への対応策等の共有が図られ、経営状況については各ユニット会議で具体的な施		

策や対策が細分化され、目標達成に向けた具体的な取組みが行われています。

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＞ 現在第4期中長期計画が策定されており、令和6年4月に見直しが行われました。 介護報酬改定に伴い、数値の見直しを行うと共に施設設備（ICT機器の導入）も見直し、運営状況に合わせ設定されています。 中・長期事業計画も職員へ配布され、進捗状況が各ユニット、各委員会等で把握され、上期、下期等の総括による事業報告書が作成され、次年度以降への事業への反映が代表者会議で検討され策定しておられます。 中・長期的なビジョンが明確にされ、組織の中・長期事業計画書や進捗状況等の大きな柱のあるべき姿が明確にした組織運営が行われています。		
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＞ 単年度計画についても、中・長期事業計画や年度の単年度計画の総括が行われ、その取組みの課題への対策や新たな施策等を踏まえた新年度の事業計画が策定されています。 施設の収支計画、人材育成計画、基本方針、重点事業目標等が整理され、前年度の振り返りを踏まえ、各ユニット単位、各委員会での単年度計画を集約検証し、法人の事業方針と連動したボトムアップ型の事業計画が策定されています。		
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＞ 年度当初に周知された事業計画については、各部署、各委員会で月次分析等を実施し、中間総括、期末総括して事業報告としてまとめられ職員にも周知されています。 また、年度末には、施設長等の職員面談による職員の自己評価に対する指導・助言や職員の事業への意見・要望の把握等が行なわれています。		
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＞ 利用者には分かりやすくした資料を利用者懇談会で説明されていますが、感染予防のため職員が利用者個別に説明しておられます。 家族等に対しては、家族会総会で周知され、理解を得る取組みが行われ、参加出来ない家族に		

は、郵送で事業方針や行事等の資料送付や来苑時説明が行なわれています。
また、ホームページ広報誌で広く周知が行われています。

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〉 各部署、各ユニット単位に事業計画と連動した年間計画を立て、委員会で進捗状況の分析を実施しながら四半期単位に総括され、施設内で共有されています。 年1回サービス向上委員会によるサービス自己評価が実施し課題分析が行なわれています。 利用者・家族アンケートも年1回実施し、各ユニットで分析が行なわれています。 また、毎月の利用者代表者会議による利用者の意見・要望等を介護・支援等へ活かす取組みも行われています。 職員の個人面談による指導・アドバイス等、サービス提供に対する品質の向上に向けた取組みが計画・継続的に行われています。 更に、福祉サービス第三者評価を継続的に受審されています。		
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於いて、代表者会議、利用者・家族等のアンケート調査等で頂いた意見・要望に対する対策の検討が行なわれ、代表者会議・部署会議・ユニット会議において、意見・要望に対する対応方法や改善対策を明確にしと取り組まれています。 各部署や委員会で定期的に話し合い、改善への取組みが行われています。 職員も自己評価を行うことで日々の振り返りにつながっています。 第三者評価で挙がってきた課題についても検討し、改善に向け取組まれています。		

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〉 施設長は、年度始めの代表者会で事務分担表、組織図で明確にしておられます。		

また、毎月の代表者会議資料に於いて経営、管理に関係する方針を文書や口頭で説明しております。 年度当初の広報誌に於いて、施設長としての方針や考え方を掲載し表明しております。 有事の際（災害、事故）に於いても、施設長の役割と責任も明確にされています。 B C P（事業継続計画）に於いて、施設長不在時の権限委任等も明確化されています。		
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、最新の法令遵守を把握するため、雇用、労務、人材育成等の外部研修や法人の施設会議に参加し取組んでおられます。 法改正等がある時には、職員会議で説明したり、不参加者には書類の回覧等が行われます。 全職員がジョブメドレーアカデミー（オンライン研修）を受講され遵守すべき法令に関しても学ばれています。 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。		
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＞ 毎朝の各ユニットのラウンドによるサービス提供情報の把握、職員の様子、利用者の様子を確認し質の向上に向け取組まれています。 出席できる各委員会、運営会議、ユニット会議、代表者会議等には出席し、現状の把握を行いながらサービスの質の向上に向けた指導・アドバイスが行われています。 また、職員面談の際に職員の希望等を確認し、教育・研修の機会を提供するように努めておられます。		
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＞ 毎月法人本部に稼働率、事業収支の報告が実施され、四半期単位に法人での施設長会における施設長会で事業報告を行い、課題の検討や対策が取られています。 生産性の向上にも取り組まれており、経営改善委員会等による検証や改善対策等、I C T化や介護ロボットの導入し職員への負担軽減に努められています。 適正な人材配置や働きやすい職場環境作りに努めておられます。		

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。	b
＜コメント＞ 福祉人材の確保については、法人本部が窓口となっており、法人のホームページ内の求人情報、ハローワーク登録等、福祉専門学校等への訪問や就職説明会への参加、実習生受入れ、更には、職員による紹介制度、テレビCMも作成され、人材確保に向けた各種取組が行われています。 人員確保には苦慮されており、来年度からは外国人実習生を採用される予定です。 職員の職場への定着には、各種の知識・技能習得に向けた研修計画や必要な資格取得等の助成制度、義務免除、資格手当等の制度が設定され、福利厚生の実充にも取組まれています。 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。 更に働き甲斐の感じられる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＞ 法人の人事基準に基づいた人事管理が行われています。 事業計画等に対する運営、目標達成に向けた業務推進方針である「職員資質向上指針」が策定され、職員の個人目標カードの作成に対するサービス自己評価チェック表の実施、人事異動希望調書記入や業務内容等の成果や課題及び研修希望等、職員の業務振り返り等に対する苑長等による面談による指導・アドバイス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＞ 鳥取県厚生事業団組織として、鳥取県公社・事業団職員互助会に加入及び定期的職員の親睦会、健康診断（年1回）、インフルエンザ予防接種（施設負担）、人間ドックの実施（施設補助）、ストレスチェック（衛生委員会）の実施、文化助成金等の福利厚生制度に加えて、超過勤務管理、各種休暇（有給休暇、リフレッシュ休暇、シフト勤務等）管理が行われています。 男性の育児休暇の取得もでき、子育て中の職員が働きやすい職場環境を目指しておられます。 鳥取県からの男女共同参画推進企業、輝く女性パワーアップ企業に認定されており、職員が働き続けたい職場作りに向けた取組が継続して行われています。		
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＞ 法人として「期待する職員像」を明確にされ、職員一人ひとりの目標達成の為に年度初めに自		

己評価チェック表が作成されます。 中間面談で進捗状況を確認され、年度末の面談で達成度もチェックされています。 キャリアアップに向けた各種研修（資格取得含む）に対する意見・要望の聞き取り等が実施され、職員全体と一人ひとりに向けた新年度の研修計画が作成されています。		
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＞ 法人の「職員研修事業実施要項」に基づき、職員の育成（研修内容、資格取得等）の基本的な方針を定めて、職員一人ひとりの研修計画に沿った研修等の受講や参加が行われています。 職員一人ひとりの研修管理表及び研修履歴が作成され、研修計画に沿った研修への参加及び研修後の復命書が実施されています。 上司との面談による共有された個人研修シートを反映させた新年度の研修委員会による研修計画が策定されています。 研修計画については、毎年９月頃中間総括を行い、見直しが行われています。		
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＞ キャリアアップ制度に基づき、ユニット単位に新人職員へのエルダー制度における介護知識・技術等の専門的サービスの提供に関する職場のＪＴによる基礎的知識の習得への支援等が実施され、階層別カリキュラムによる研修体系が整備され、研修が計画的に行われています。 また、職員一人ひとりの研修履歴は、法人の人事管理システムにて管理され、法人全体の人材配置や育成状況を考慮した研修計画等への反映に効果的に活用されています。 e-ラーニングによる研修も導入され活用されています。		
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＞ 実習受け入れマニュアルに沿って、受け入れ窓口を配置し、専門的な指導者研修を受講した職員による実習生等への育成支援の取組が行われています。 実習を希望される学校（介護福祉士、看護師、社会福祉士）等との事前打ち合わせ等、研修プログラムの調整による研修計画の作成及び研修中での学校側からの訪問等による研修状況の視察・意見交換や研修記録の作成等の取組が行われています。 今後においても研修指導のための必要な指導者研修も継続して受講する予定です。		

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> 社会福祉法人鳥取県厚生事業団としての施設案内、法人概要、事業計画、現況報告書等及び当苑の施設概要、事業計画、広報誌（はくじゅだより）等がホームページに掲載されています。 また、定期的に発行される施設の広報紙「はくじゅだより」は、地域や関係機関へ送付されています。 また、福祉サービス第三者評価の定期的な受審が行われ公表が行われています。		
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> 法人の事務経理、取引き等の規定が明確化され、適正な経営・運営を図るための会計事務等の規定については、職員会議、代表者会議等で周知が行われ理解を深められています。 法人への会計監査人配置、法人の公認会計士等による経理監査（年1回）が実施され、また、当苑の施設会計においても法人の内部監査（年2回）及び外部監査（行政）等、適正な事業経営に向けたチェック機能の効いた取組みが実施されています。		

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> 苑の基本方針や事業計画等にも「地域との交流」について明記されており、コロナ禍で中断していた地域との交流もコロナ5類移行になり、以前のように再開されています。 地域への買い物支援や地域のお祭りの見学、各種ボランティア（地域の老人クラブ会員による当苑施設周りの除草作業、歌や踊り）、中学生の職場体験でのちまき作り、敬老祝賀会には家族の方も来られ節目のお祝いが行われました。 また、自宅へのふるさと訪問も計画され実施されました。 地域の理髪店からの出張散髪、移動スーパーも来苑される等の交流が行われています。		
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> ボランティア受け入れマニュアルに基づき、受入れ窓口等の体制を整備し、苑として、ボランティア体験事業にも登録され、夏休みには親子介護体験も行われ、高校生に対する介護の専門分野（介護者への関わりや心遣い、車椅子の操作方法等）としての出前授業等が実施されています。 地域の中学生の職場体験も協力され、利用者との交流の場を持たれています。 マニュアルに沿ってボランティア受入れに際し、活動内容、参加者の団体（氏名）、各種注意事項等が実施され、コロナ5類移行後には多様なボランティアの参加の受入れが再開されています。		

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〉 施設との関係機関（行政、地域包括支援センター、ケアマネ連絡会、医療センター、居宅介護支援事業所、他のショートステイ事業所等）との連携や連絡会への参加等による関係機関のネットワークが形成された組織運営が行われています。 地域ケア会議に居宅介護支援事業所の職員も参加され地域の情報収集が行われています。 毎月鳥取市から安心相談員の訪問があり、連携が図られています。 また、地域の公民館、警察、消防署（防火訓練等）等の組織運営に必要な社会資源等の連携（緊急時の連絡等）等による関係構築や連絡先一覧等による職員間での共有も図られています。		
Ⅱ-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みが行われている。	a
〈コメント〉 日常的な当苑の居宅担当者と介護支援相談員（入所・退所調整、ケアマネジャーとの連携、クレーム対応等）等との情報交換や地域包括支援センターの連絡会への参加等での交流による情報の把握が行われています。 また、当苑の第3者委員や医療関係者、公民館への広報誌の配布やイベント参加等を通じた地域ニーズの把握を行う取組みが行われています。 コロナ禍以前に定期的に行なわれていた行事ボランティア（施設の交流スペース活用）や、居宅介護支援事業所と連携した介護相談会や手作り作品教室、介護予防体操、介護食試食会等についても、各種感染症の状況を見ながら再開される予定です。		
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〉 法人として生活困窮者相談支援事業（えんくるり事業）、子ども食堂への協力が行われています。 また、小・中学生の作品等の絵画展（ギャラリー）や親子介護体験会（社会福祉協議会主催）が開催されており、地域の福祉ニーズを受入れた取組みが行われています。 災害時における福祉避難所として鳥取市と協定を締結しておられます。 公民館から介護予防教室への職員（介護士・管理栄養士・理学療法士）を講師依頼があれば派遣する体制は整えられています。		

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、倫理綱領、施設の基本理念・方針が策定されており、虐待防止マニュアル、身体的拘束等の適正化マニュアル等に基づき、利用者を尊重した介護サービスの提供が行われています。 また、虐待防止、身体拘束委員会が設置されており、職員は毎月虐待防止チェックシートによる振り返りの取組みや人権研修、虐待防止研修等が毎年実施され、基本的人権の擁護等に対する職員意識を継続的に維持するための取組みが行われています。		
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＞ プライバシー保護マニュアル、利用者権利擁護指針の職員研修（毎年）やユニット会議等で必要に応じて、対応手法等の検討や確認が実施され、利用者のプライバシー保護等の配慮等、適正な権利養護の取組みが行われています。 また、利用者の写真等の広報誌利用に関する同意書も取得され的確に取り扱われています。 利用者は、ユニット単位の完全個室での生活であることからそれぞれの介護場面に合わせたプライバシーを守るためのマニュアルが整備され、同性介助を希望される方には極力対応できるよう努めておられます。		
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＞ 当苑の施設概要や利用の選択に必要な各種情報等、ホームページへの掲示、機関誌、パンフレット等が作成され、利用者・家族等へは、機関誌、パンフレット等々で施設の特長やサービス内容等の説明が行われています。 施設のパンフレットは、住民の方の利用の参考になるよう公民館にも配置されています。 インターネットで介護サービス情報の公表も行われています。 また、希望者への施設見学も随時受け入れられており、個別に丁寧な説明が行われています。		
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＞ 利用者の入所時は、利用者・家族等に対し、重要事項説明書、契約書、パンフレット等を使用し、生活相談員から分かりやすい説明を行い利用者・家族等から同意が得られています。 利用者の意向を尊重したケアプランを作成され、家族の意向も取り入れながら分かりやすく説明されています。利用開始時から本プランでスタートされ、変更の必要性があれば見直しが行わ		

れています。

重要事項説明書、ケアプラン等変更時にも、丁寧に説明され、利用者・家族等から同意を頂いておられます。

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。

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＞

入退居マニュアルに基づき、生活相談員を中心に変更（家庭や病院等への移行等）の場合の対応が行われています。

医療機関への移行は、生活状況等の引き継ぎ書作成による引継ぎ説明が行われ、引継ぎ書に加えて、看護連絡票による病院等への説明等による連携（医療連携会議等）が行われています。

家庭への引継ぎが発生した場合は、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、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＞

利用者懇談会（毎月）の開催や利用者代表による給食委員会への参加による食事サービスの改善対策の検討及びサービス向上委員会による利用者への嗜好調査（年1回）、利用者アンケート（年1回）、家族アンケート（年1回）等の実施による利用者・家族等からの意見・要望の聴取が行われ、返答が必要な案件は、利用者等への対応等のフィードバックによる理解を得る取組が行われています。

家族へはアンケート結果のフィードバックが行われています。

サービス評価に基づきユニット内や代表者会で検討し改善されています。

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＞

利用者の入所時に重要事項説明書により苦情解決に対する施設内の苦情解決の体制整備（苦情・相談窓口、解決責任者、第三者委員）について説明が行なわれています。

解決方法等の仕組みのポスターが施設内に掲示される等、利用者・家族等への周知が行われています。

更に、利用者懇談会（毎月）が開催され、利用者一人ひとりの意見・要望（苦情含む）の聞き取りが行なわれ、苦情等の場合は、苦情解決委員会（第三者委員への報告会）による検討を踏まえた対応を行う事とされています。

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＞ 利用者・家族等が意見・要望が述べやすい環境として、毎月の利用者懇談会の開催や個別の相談が必要な場合の相談室（3室）、意見箱の設置（2ヶ所）等が整備されています。 苑長は毎日施設内をラウンドされ、利用者と話をされ生活の様子を伺ったり、多職種の職員が居室に出向き個別に話を聞かれています。 部屋担当の職員に自室で直接伝えて頂いたり、施設の第三者委員への申し出や行政の安心相談員との話し合いの場で意見が出やすい環境が作られています。		
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＞ 利用者・家族等からの相談や意見に対しては、苦情解決実施要綱に基づき、利用者・家族等からの意見・苦情等の相談に対する対応や回答のフィードバック等が行なわれています。 また、サービス向上委員会による利用者・家族アンケートや日常の職員への意見・要望等の相談、苑長不在時の利用者懇談会等、利用者・家族等からのどんな小さな意見・要望も施設長へ報告・相談・連絡が行われる仕組みを徹底し、組織的に迅速に対応されています。利用者・家族等からの相談や意見に対する検証や検討に時間を要する場合は、途中検討経過等の説明やお待ち頂く事にご理解を頂く為の説明が行われています。		
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報告手順マニュアルに基づき、事故発生時、ヒヤリハット（ＡＢＣランク付け）報告が発生時に発生時様式に記録による報告が行われる仕組みとなっています。 事故発生時は、ユニット内検証やヒヤリハット事故発生状況報告が行われ、速やかに検証会議が開催され、原因の究明や改善対策が各ユニット等へフィードバックされる等の再発防止対策等の取組が実施されています。 リスクマネジメント委員会が開催され、施設内の定期安全点検、事故発生、ヒヤリハット事案等の改善策・再発防止策等の検証等及びヒヤリハット事故発生事例等に対する再発防止策等の周知等による安心・安全な利用者に対する介護支援に向けた取組が継続されています。 また、リスクマネジメント委員会による苑の安全・安心な運営に関する各種マニュアルの定期的見直しが行われています。 苑長は毎日のラウンド中にも安心安全な環境になっているかチェックをされており、見守りセンサーの導入により利用者に安心安全な生活が提供できるよう今年度は全室に配置される予定です。		
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	a

	の体制を整備し、取組を行っている。	
＜コメント＞ 感染症対策（予防）マニュアルに基づき、感染症予防対策員会委員会による感染予防対策による感染予防（新型コロナウイルス、食中毒、インフルエンザ、Ｏ－１５７等）対策及び感染症発生時の対応等の周知が行われ、各部署、ユニット会議等において全職員への意識の共有が図られています。 ５類移行後も防護服の脱着研修も行われており、感染症ＢＣＰ（事業継続計画）も策定されています。 また、感染症予防対策委員会による研修会も開催される等、各種の感染症予防や発生時の対応についての理解を深める取組が行われています。		
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ＢＣＰが策定され、利用者の安全確保のための体制が整備されています。 防災、消防計画に基づき、防災訓練（地震想定訓練：年１回、通報訓練：年１回）、火災訓練（年：２回）が実施され、災害発生時の関係機関連絡網の確認、職員の緊急連絡網（さくら連絡網）の整備、備蓄のチェック等、災害時を想定した安全確保のための取組が実施されています。 また、当施設は、災害時の福祉避難所としての行政指定となっていることから苑内の防災委員会による計画的に防災訓練や火災訓練が行われています。		

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。 新人職員等へは、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ＯＪＴ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＞ 標準的な介護サービス提供を行うための各種マニュアルについては、マニュアル類を見直す「施設マニュアル見直し要領」に沿って、各種委員会や各部署において、年一回の見直しチェックが		

実施され、変更点についてはユニット会議等で職員にも周知が図られています。 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＞ ケアプラン作成マニュアルに基づき、計画策定の責任者によるアセスメントを基に、多職種（介護支援専門員、介護、医務、栄養、機能訓練、生活相談員等）によるカンファレンスを行い、介護支援専門員より施設介護計画（ケアプラン）が作成され、プランに沿って、具体的な援助・介助方法等、決められた手順による利用者一人ひとりの介護サービス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＞ 介護計画（ケアプラン）は毎月のモニタリング会議による支援の振り返りを行い、3ヶ月毎に評価を行い、1年に1回サービス計画の見直しが行われています。 ケアプラン作成マニュアル等の手順に沿った利用者に適した必要な見直し等による介護サービスが実施されています。 利用者の入退院、看取り開始時、褥瘡発生時、事故発生等はその都度、随時にカンファレンスを開催し、必要な支援計画の見直し等が行なわれています。		
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、職員間で共有化している。	a
＜コメント＞ 記録マニュアルに基づき、利用者一人ひとりの24H生活日誌、各部署日誌、個人日誌、カンファレンス等によるモニタリング記録等、規程の様式に沿った各種の記録が作成されています。 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ています。 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。 新人職員には記録の仕方の指導も行われています。		
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＞ 法人の文書管理規定・個人情報保護及びプライバシー保護マニュアルに基づき、個人情報の収集、個人情報等の適正な管理等、記録媒体等の保管規定処理（5年保存後の廃棄等）やパソコンへのパスワード設定等が行われています。		

新任研修等での個人情報保護等の研修が実施され、個人情報の取り扱いについての同意による個人情報の漏えい防止の誓約書の提出等の取組みが行われています。

広報誌等への写真掲載についても都度確認され許可を得ておられます。

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
＜コメント＞ ユニットケア良さを活かした１日の過ごし方となるように、利用者一人ひとりの意向、日常生活動作（ＡＤＬ）レベル、病気等を確認し、それに沿って活動、生活リズムになるよう支援が行えるよう工夫しておられます。 基本的にはユニット毎の活動で、日常的に生活の中に楽しみが持てるような工夫を目指されています。 日中活動としては、レクリエーション、行事活動（お誕生日会、たこ焼き作り、喫茶、写真の閲覧等）が行なわれており、理学療法士による機能訓練も実施されています。 利用者の重度化も進んでおられるので、難しい面がありますが、更にニーズ把握に努められ、利用者が充実した日々の過ごし方で出来る事に期待します。		
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＞ 利用者一人ひとりに合ったコミュニケーションの取り方で行われています。 笑顔の挨拶から始まり、会話や関わりの中から利用者の思いや希望を把握できるようにしておられます。 話す事や意思表示が困難な方には、表情、ジェスチャー、筆談等で、利用者の思いや意向を汲み取るようにしておられます。 特に食事介助が必要な場面では、職員と信頼関係が築けるよう、声掛けを行いながら召し上がって頂くように心掛けておられます。		
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＞ 法人の倫理綱領、虐待防止マニュアル、身体的拘束等の適性マニュアル、権利養護マニュアルに基づき、利用者への権利侵害とならないよう取組まれています。		

毎年、虐待防止アンケート、虐待の芽チェックを実施しておられます。

毎月のユニット会議に於いても、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います。

また、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。

虐待、身体拘束についての研修も実施されています。

A-2 環境の整備

2-(1) 利用者の快適性への配慮		
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〉 空調、照明、換気等にも気を配り、ユニットケアの良さを活かし利用者がゆったりと過ごせる快適な空間が提供されています。 各ユニットでは毎日点検、確認する等、安全で清潔な環境整備に努められています。 居室についても、自宅で慣れ親しんだ物や家族の写真を飾る等、利用者が落ち着ける居室作りが行われています。 衛生委員会による月１回の安全点検や美化清掃の日が設定され、サービス向上委員会が生活環境作りに取組まれています。 ２階のテラスもブラインドを設置し遮光ができるよう工夫され、採光の調整を行い快適な環境になるよう取り組まれています。		

A-3 生活支援

A-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〉 身体ケアマニュアル（入浴マニュアル）に基づき、バイタルチェック実施行い利用者の健康状態を把握し、体調不良の場合には、清拭等に切り替えられます。 入浴方法については、利用者のニーズや身体の状態に応じた入浴方法（個浴、シャワー浴、リフト浴、特浴等）となっており、週２回以上の入浴支援が行われています。 入浴拒否傾向の方には、時間帯を変えての声掛けや職員の変更等、柔軟な対応を行い入浴へとつなげておられます。 安全に入浴して頂けるよう福祉用具を使用する等利用者・支援者共に負担が少なく安心して入浴できるよう心掛けておられます。		
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〉 身体ケアマニュアル（排泄マニュアル）に基づき、利用者一人ひとりの排便や排尿の状況を、		

24Hシートに記録し排便コントロール等のデータを数値化して最適な支援について検討が行われています。 ユニット会議に於いても、利用者の意向を考慮しながら、排泄介助方法、排泄時間、利用者のプライバシー保護等を職員間で共有を図り排泄介助が行われています。 便秘予防と対応も行われており、食事、食材の検討、マッサージ、体操の実施、必要に応じて浣腸等の支援が行われています。 日常生活委員会があり、排泄研修も行われています。座位保持ができる方にはトイレでの排泄を継続して頂けるよう心掛けておられます。		
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＞ 機能訓練業務マニュアル、車椅子マニュアルに基づき、機能訓練指導員（PT）と担当者が連携しながら利用者の身体能力の維持・向上に努めておられます。歩行訓練、車椅子への移乗動作に必要とされる機能リハビリが行われています。 車椅子の安全点検の実施等、利用者が安全に自走できる環境の工夫や利用者の歩行や歩行器使用時の転倒への配慮を行う等、安全・安心な環境整備が整えられています。 また、利用者の状態や体調を考慮したスライディングボードや移乗リフト等を使用した利用者の負担がかからず安全で楽に移乗、移動等ができる介助が行われています。		
A-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＞ 身体ケアマニュアル（食事マニュアル）、衛生管理マニュアルに基づき、衛生管理が徹底された厨房より常に適温での食事が3食提供され、朝食は、パンとごはんや飲み物等の選択が可能です。 各ユニットの台所で炊飯と味噌汁の温めが行なわれており、当日の献立がリビングで紹介しておられます。 嚥下機能、体調状況に合った食事の提供や音楽やTVを見ながらの美味しく楽しく食べるための支援が行われています。 また、給食委員会で毎月の利用者懇談会での食事への希望等への聞き取りや栄養士のユニットへの訪問（2ヶ月）での聞き取り等、利用者の要望等を反映した献立や工夫（季節感のある食材や行事食、誕生食、ユニット単位のお楽しみ会、ユニット調理等）を凝らした食事の提供が行われています。 食事の席は利用者のお気に入り場所での食事が出来るよう配慮が行われています。		
A⑨	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
＜コメント＞ 栄養ケア計画が作成され、利用者一人ひとりの心身の機能状況を把握した食事形態が検討され、むせやすい、服薬により食べられない、アレルギー等に配慮した安全な食事の提供が行なわれ、出来るだけ自分のペースで食べることができるよう支援されています。		

食事中の安全への対策として、リビングへの吸引器設置が行なわれています。 食事が摂れない場合は医務の指示等による対応が実施されています。 ユニット会議等での事故対応時の対策やケアプランへの食事形態等の見直し等が定期的に行われています。		
A⑩	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
＜コメント＞ 日常生活委員会による口腔ケア対策や研修（年１回以上）等の計画が策定され、利用者一人ひとりに応じた食事前・後の口腔ケアが行われています。 義歯の方は夜間洗浄液に保存清潔保持が行われています。 また、外部研修に参加された職員が復命研修を行い、ケアのレベルアップと情報共有が行われています。 外部の歯科医師、衛生士の指導・助言（毎月）を受け、口腔ケアのチェックが行われ、定期的な評価、見直しが行われています。		
A-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＞ 褥瘡予防マニュアルに基づき、リスクマネジメント委員会（身体拘束・褥瘡委員会）で、褥瘡のリスクについて検討しておられます。 また、褥瘡発生した場合には、褥瘡防止委員会が招集され看護師、理学療法士、管理栄養士等の多職種で検討が行われ早期完治を目指しておられます。 日頃より入浴時、排泄時等での皮膚観察が行われ、褥瘡の前段階の皮膚剥離の早期発見に努められています。 必要に応じて定期の体位交換やポジショニングの確認が行なわれています。 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います。		
A-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、経管栄養の実施マニュアルに基づき、医師の指示のもと安全に手順に沿った喀痰吸引、経管栄養が行われています。 介護職員による喀痰吸引、経管栄養を実施するための資格取得が必要なことから「５０時間医療ケア喀痰吸引等」の研修への受講やフォローアップ研修（年２回）への参加が行われています。 喀痰吸引・経管栄養を実施する医療用具は、緊急時での対応が適切に実施する為に、ユニット単位のリビングに常備されています。 喀痰吸引、経管栄養の実施マニュアルのチェックは、医務（看護師）担当による必要な見直しが行われ、看護師からの指導・アドバイスが実施される等の取組みに加えて、勤務体制にも配慮され、夜間も有資格者を必ず配置されています。		

A-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＞ 機能訓練指導員を中心に、介助方法の検討、福祉用具の選定、生活リハビリや機能訓練の内容の検討が行われ実施されています。 理学療法士による個別訓練計画が作成され、3ヶ月に1回評価・見直しが行われています。 利用者に体調変化が見られる場合等は、ユニット会議で状況共有し、医師や理学療法士と連携した対応が取られ、機能訓練計画の見直しによる機能訓練が行われています。 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。 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。		
A-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＞ 認知症委員会を設置し、定期的に各種研修が行われています。 認知症ケアについて、認知症介護実践者研修、認知症リーダー研修、認知症基礎研修へ積極的に参加され、より専門性の高いケアが行えるよう努めておられます。 利用者が介助の拒否や不穏な心理状況にある場合は、行動や心理状況を見定め無理せず時間を置いて再度の声掛けをする等、受容する気持ちを大切にしたい決して否定しない対応を心掛け、利用者一人ひとりの認知症の症状に合せ、安心して生活ができるための介護が行われています。 利用者一人ひとりの認知症の症状等が24Hシートに記録され、ユニット会議等で職員間での共通認識を持った介助が行われています。		
A-3-(7) 急変時の対応		
A⑮	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
＜コメント＞ 緊急時対応マニュアルに基づき、利用者の体調変化に対応するための緊急時想定訓練が実施されています。 日常から健康管理の観察や記録等、介護士、看護師の連携による日々の健康管理と体調変化等の早期発見への取組みが行われています。 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。 看護師への連絡表による急変時の迅速な行動手順（オンコール体制）が取られています。 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。 緊急時は家族への緊急連絡方法も確立をされています。 また、服薬管理もマニュアルに沿って、薬の確認を看護師、介護担当者によるトリプルチェックを行いながら服薬支援が行われています。		

A－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、取組を行っている。	a
＜コメント＞ ターミナルケアマニュアルの策定が行われ、手順に沿った看取り介護が行われており、看取り期に入る段階で看取りプランを作成しそれに沿って看取りケアが実施されます。 看取り委員会は、看取りケアの研修やターミナルマニュアルの見直しを定期に実施し、医療機関との連携や家族等との意向・要望等を考慮した看取り環境の整備を行っておられます。 終末期ケア開始時にユニットでカンファレンスを行い、情報共有と申し合わせが行われています。 家族の気持ちに寄り添い逝去後のグリーフケアも行っておられ、職員は看取りの振り返りもされています。		

A－4 家族との連携

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
＜コメント＞ コロナ５類に移行し、家族等との面会制限も解除されており、面会時には職員から利用者の近況報告をされたり、要望等も伺っておられます。 また、家族等への広報誌「はくじゅだより」の送付や定期的（月１回）な家族等への手紙（本人の写真やメッセージ等の送付）や電話連絡による近況報告、通院報告等による家族等との情報交換（家族等の意見・要望・相談等の聞き取り等）、生活相談員がメールで連絡されている方もあり、それぞれの家族に応じた対応をされ、家族等との信頼を深める取組みが行われています。 また、年１回家族アンケートが行われ、家族等の意向等を確認しておられます。		