

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 崎上 信樹	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： https://www.med-wel.jp/silver/	
【施設の概要】		
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（特定施設入居者生活介護・訪問介護）		
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： 22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 9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	
	事務員 1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

◇特に評価の高い点

○法人全体でISO9001取得によるサービス品質の向上に向けた事業運営による職員のスキルアップ

- ・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サービス提供の質の向上につながる取り組みが行われています。
- また、職員一人ひとりの育成及び目標達成計画表を作成され、より積極的な研修への参加による知識・技術スキルの習得が進められています。

○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。

○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。

- ・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

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和7年8月25日（契約日）～ 令和8年1月9日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	18回（令和6年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

○施設内に施設理念、基本方針、職員の心得等、「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の方針が職員の目に入りやすい施設内の事務所、スタッフルームに掲示され、職員による朝礼等でのミーティングでの唱和等も行われ、利用者の人権尊重に向けた意識の維持・継続に向けた取り組みが行われています。

○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（虐待防止、身体拘束禁止等）、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、毎朝、理念を唱和され意識付けが行われています。

また、法人の研修委員会による研修後の理解度チェックによる習得状況を検証等、更なる理解を深めるための研修の継続的な取り組みが実施されています。

○日々の利用者への心身機能の維持に向けて、法人老人保健施設の理学療法士による大腰筋講習会（年2回）を実施され、効果的な運動の助言を受ける等、大腰筋トレーニングや体操が一年を通じて行われ、転倒予防と身体機能の維持、向上に向けての取り組みが行われています。

- ・毎日の歩行訓練や体操、大腰筋体操、また定期的に下肢筋力低下防止のためのレクリエーションを実施。
- ・要介護者は必要に応じて、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師の訪問リハビリ等の実施やADL（日常生活動作）の評価や助言の実施、
- ・認知機能低下等の状態変化があった場合には、協力病院等へ通院による医療機関との連携の実施。

○地域への積極的な交流

- ・地域住民への健康教室、更には、保育園との作品交換、共同制作、体操交流、お別れ会やクリスマス会などの交流の機会が設けられています。
- ・地域の福庭納涼祭への屋台出店（職員）、あげい祭りへ作品展の出展（入所者も参加）、地域の方々との「ポッチャ」「羽根っこゲーム」へ参加され、利用者と地域の混合チー

ムで交流を図る等の地域行事への参加や交流の機会も多くなっています。

◆改善を求められる点

●入所者の高齢化に伴う認知症の増加や障がい等の重度化の進展

- ・認知症、障がい者症状を持つ利用者への配慮等や他の利用者へ症状についての正しい理解を更に高めるために、知識・技能スキル等の向上に向けた取り組みに期待します。
- ・精神障がいのある方が安心して日常生活を過ごすために、利用者が抱えるニーズの理解・個人に合った専門的な知識習得や多職種による連携等の支援体制についての検討も必要な時代となって参りました。

●生産性の向上に向けた動き

- ・記録の電子化からタブレットを使用し各種記録作業の軽減や職員間の情報共有による的確な連携等に取り組まれています。ご利用者の満足が増えるよう質の向上に向けた取り組みをの進展に期待します。

●建物設備の老朽化に対し更新等により安全な環境の整備が行われていますが、生活環境におけるプライベート確保やQOL（生活の質）の充実等、将来的な展望についての検証にも期待します。

⑦第三者評価結果に対する施設のコメント

「第三者評価結果」や「改善を求められる点」について、職員全体に周知し改善に取り組んでいきます。また、引き続きご利用者に寄り添った支援に心がけ認知症、障がい者の理解力向上に努め、ご利用者により質の高いサービス提供に向けて取り組みます。

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」に向けたと取り組みの余地がある状態）

「c」 「b」以上の取り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><コメント></p> <p>法人理念に基づき、施設理念・基本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>理念・基本方針はホームページ、重要事項説明書、広報誌、パンフレットに記載する等広く周知が図られています。</p> <p>職員に対しては、年度末の職員会議で次年度の事業計画（法人理念、施設理念・基本方針の明記）の資料配布や説明等による周知が図られています。</p> <p>利用者に対しては、広報誌の配布や食堂に掲示し、自治会全体集会時に、理念、方針を分かりやすい言葉で説明が行なわれています。</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>社会福祉事業全体の動向、各種福祉計画の策定動向や内容については、法人本部を中心に情報収集されたものを社内メールにて共有されています。（法律改正、補助金等）</p> <p>利用者に関するニーズについては全国老人福祉施設協議会や市の長寿社会課、地域包括センター等と連携を図り情報収集をされ、経営環境や施設の課題の把握が行われ、運営委員会において、事業を取り巻く環境に対応するための課題への改善対策の実施に向けた検証や分析が行われています。</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>毎月の法人施設長会議（理事会資料による経営状況等の報告）において付議され、経営状況の分析や課題の洗い出しが行われ、事業所での運営会議（運営委員会）へ課題等の説明や改善に向けた討議による業務運営が行なわれています。</p>		

周知され、解決に向けての改善対策の検討が行われ、管理者より、職員会議の場で職員へ課題課題等の説明や改善に向けた討議による業務運営が行なわれています。

また、各部門ごとの委員会（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り組まれています。

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><コメント></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、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ての進捗管理が行われ、事業目標は、定量的な目標値が設定され、中間達成度評価を実施する等、必要に応じて適時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><コメント></p> <p>ISO手順書の要求事項に基づき、中・長期計画を反映した単年度の目標達成計画が策定されています。</p> <p>品質方針達成度自己評価表にて、計画実施状況（数値目標等）が確認され、単年度の事業計画は、職員の意向（毎年12月に職員アンケートの実施等含む）、法人理念が反映された目標達成レベルの設定、人材育成、具体的な取り組み方法等が明確化され、努力すれば実行可能な内容となるよう工夫された計画が策定されています。</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>事業計画の策定と状況の把握・評価・見直し、実施時期等がISO事業計画策定管理手順書へ明記され、事業計画策定には、職員一人ひとりからの意見を収集する等、必要な案件等は事業計画に反映されています。</p> <p>事業計画については、職員会において全職員への説明が実施され、施設内の掲示物や広報誌にも載せられて周知が図られています。</p> <p>施設の事業状況が経営層へ定期的なISOマネジメントレビュー（振り返り等）による評価、見直し等が実施され、職員会へフィードバックされる等、事業の評価が行われています。</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>広報誌（毎年5月）に健康維持に向けた施設行事（クラブ活動等）についての事業計画等が掲載され、家族や地域に配布されています。</p> <p>利用者に対しては、年度当初の自治会全体集会において、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> <p>施設内への掲示による周知を図る等の対応や自治会全体集会への不参加の方や参加されている入所者の理解度も異なり難しい状況もありますが、分からない点があれば、その都度説明を行うこととされています。</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>I S O品質マネジメントシステムの運用による顧客サービスの満足度基準を設定した評価の実施（是正予防処置報告書）及び人から人への福祉サービス事業であることから外部の福祉サービス第三者評価で示された評価結果から抽出された課題について、サービス向上委員会を中心に各係で改善対策が実施される等のサービスの質の向上に取り組まれています。</p> <p>利用者への接遇に関する満足度調査（年1回）、嗜好調査（年2回）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>リスクマネジメント委員会による定期的なヒヤリハット報告（インシデント含む）に対する検証や改善対策等の取り組みが行われています。</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>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P D C Aサイクルとしての目標に対する実行から評価に対する計画的な改善対策が組織的に定着した取り組みが行われています。</p> <p>また、課題への必要な改善対策や方法について、職員会議による職員間の情報共有が図られ、組織的に同じ方向を向いた日常業務の推進に努められています。</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>業務分掌が明文化され、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示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、文書配布され周知も行われています。</p> <p>自然災害BCP、感染BCP（事業継続計画）の作成が行われ、管理責任者としての役割や有事の際の不在時での代行者も明記され、職員がいつでも確認できるように事務所・スタッフルーム・厨房内に掲示されています。</p> <p>また、年度当初に管理者は家族や地域に配布されている広報誌（シルバーだより波々伎）へ施設機能の円滑な運営等について、自らの役割や責任について表明されています。</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>管理者は遵守すべき法令等を理解し、研修への参加や利害関係者との適切な関係を保持しておられます。</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、参加した際には職員会議でも情報を発信しておられます。</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、通知があり職員に周知が図られています。</p> <p>福祉関連規則・法令（虐待防止、身体拘束、ハラスメント等の防止・禁止等のコンプライアンス遵守）の各種規程は、ISO文書管理ファイルが事務所に配備され関係法令の必要時には、いつでも職員は確認できるようになっています。</p> <p>法人リスクマネジメント委員会（安全衛生・災害対策・安全運転・倫理サービス向上）に当施設からも各1名参加され、法令遵守の観点から法人による研修が実施されています。</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>理念・基本方針を事業計画に反映させ、実施内容を品質方針達成自己評価表にて具体化されたものを毎月の運営会議（管理者等）で検証・分析を実施し、職員会議において全ての職員へ改善が必要な部分への対策の指示等、施設目標（サービスの質の向上等）の達成に向けて取り組まれています。</p> <p>自治会全体集会の意見・要望等やサービス向上委員会等の利用者アンケート等への検証や必要な対策等に取り組まれています。</p> <p>定期的に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される等、</p>		

<p>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>期末には、サービス内容等の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	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。	b
<p><コメント></p> <p>管理者は、運営会議（毎月）において収支状況や労務状況などから現状を分析し、職員（職員会議）で、課題や改善策を明確に示す等の指導力を発揮した業務運営が行なわれています。</p> <p>生産性向上に向けて、タブレット端末の整備による記録等の作業効率を進められています。</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>必要な福祉人材の確保は法人本部が中心となっており、事業に必要な有資格数等の法令配置数（サービス管理責任者、生活支援員等）及び人員配置基準を満たし、事業所の組織図、体制図を明確にし、利用者への適切な支援に向けた取り組みに努められています。</p> <p>質の高いサービス提供のため人材育成にも計画的に進めるために、過去の情報や内容を確認しながら取り組んでおられます。</p> <p>人材定着・育成については、人事考課制度を活用し、年3回の面接とフィードバック面接が行われており、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、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> <p>法人の人材確保施策として外国人人材の雇用を行っておられ、当施設も今年度初めて外国人留学生の実習生を受入れました。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p><コメント></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り組みが行われています。</p> <p>教育研修委員会で各階層に応じて「期待する職員像」を文書化され、キャリアアップに向けた仕組みが明確に示されています。</p> <p>人事考課制度があり、目標管理表、職務基準書をもとに職務に関する成果や貢献度を評価されています。</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><コメント></p> <p>職員一人ひとりの意向・要望の把握は、年間3回の面接実施や年1回（12月）の身上報告書の提出が行われ、職員一人ひとりの将来に向けての意向等の確認が行われています。</p> <p>安全衛生委員会で毎月有給休暇等の取得状況や時間外労働についてデータ化して確認され、職員のワークライフバランスの調和や充実に向けた対応が行われています。</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施設負担、疲労蓄積度・職業ストレス・腰痛・メンタルケア等に積極的に取り組み、職員の心身の健康と安全確保に取り組む体制が整備されています。</p> <p>法人として各種福利厚生制度が整備され、「福利厚生制度の手引き」を全職員に配布され、理解を促す取り組みが行われています。</p>		
<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。</p>		
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><コメント></p> <p>ISO個人目標設定及び達成度評価管理手順に基づき、目標管理表（目標項目、水準、期限の明記等）の策定による人材育成と連動した仕組みが構築されており、個別面接（年3回）の初年度始めの設定や中間期の進捗確認、期末期の達成度の確認が実施され、業務スキル向上に必要な助言や支援・指導が行われています。</p> <p>年度始めの面接の際に個人の目標、取りたい資格、受講したい研修についての聞き取りを行い、職員一人ひとりに対する人材育成に取り組まれています。</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><コメント></p> <p>法人の職員教育・育成方針や計画が定められており、教育研修委員会の年間の研修計画に基づき、職種、階層別に研修が行われています。</p> <p>更に、研修計画の中で求められる必須研修に沿った施設内研修が実施されています。</p> <p>法人の取り組みとして、eラーニングを活用した研修や施設ごとに必要な研修や個人で受けたい研修を受けておられ、受講後には復命書による研修状況等の報告が行われています。</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>業務のスキル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に沿った研修受講の履修簿が法人でデータ管理されています。</p> <p>外部からの研修案内等、適宜に職員回覧が行われ、一人1回以上の必要な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、評価が行われています。</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>職員の新規採用者へは、新人職員へのOJT（職場研修）として先輩職員による日常業務を通じた各種（利用者への対応や記録作業、各種の規程等）のアドバイスが実施され、定期的な評価に</p>		

よる指導・助言が行われています。		
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
<p><コメント></p> <p>受入れにあたり施設独自のマニュアル(手順書)に基づき、実習生の受け入れが行われています。</p> <p>受入れ担当者を明確にし、実習校との事前のカリキュラム協議等の調整が行われ、実習生の受入計画の作成や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及び職員にも実習受入れの日程や計画についての周知を行う等の対応が行われています。(介護福祉士養成実習指導者研修会へ参加され修了証を授与された職員が担当されています)</p> <p>実習開始日には、実習生へのオリエンテーションが行われ実習に際しての事業所内の対応や注意事項(事故防止対応、個人情報保護に関する誓約書等)の説明等が行なわれています。</p> <p>実習生は、その日の目標を決め、毎日の振り返りや最終日には、反省会等による充実した研修に努められています。</p>		

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><コメント></p> <p>法人のホームページへ法人理念・行動規範、法人概要、事業計画、法人会計監査報告、財務状況、苦情解決体制等が掲載され、更に、福祉サービス第三者評価の結果はワムネットに掲載される等、社会に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>		
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>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を受審され、適正な事業経営に向けた対応が行われています。</p> <p>施設としても行政実地指導、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おり、指摘のあった事項については是正処置を挙げ、改善していく仕組みがあります。</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>地域の高齢者を対象とした交流会（年1回程度）を通して、施設の利用者への理解を深めて頂いています。</p> <p>近隣の高校生との交流、保育園との作品交換、共同制作、体操交流、お別れ会やクリスマス会などの交流の機会が設けられています。</p> <p>地域の福庭納涼祭への屋台出店（職員）、あげい祭りへ作品展の出展参加（入所者も参加）、地域の方々に声をかけ「ポッチャ」「羽根っこゲーム」を実施され、利用者と地域の混合チームで交流を図る等の地域行事への参加や交流の機会も多くなっています。</p> <p>地域への買物、散髪等単独外出時も新型コロナウイルス感染症5類移行で可能となり、遠方への通院時の福祉タクシー利用等による社会資源の活用が行われています。</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	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>受入れの際には、オリエンテーションを行い、注意事項等の説明が行われます。</p> <p>定期ボランティア（生け花の指導、傾聴活動等）や一般の方々の清掃活動、更には、高校生のハロウィン・レクリエーション等での交流会等の多様な受け入れが行われています。</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 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。	a
<p><コメント></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の柔軟な対応や行政の長寿社会課、福祉課等との情報共有や連携した問題解決に向けた取り組みが行われています。</p> <p>火災等災害時の協力強化のため、地元消防団との連携した防災訓練が行われています。</p>		
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が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>地域福祉ニーズを把握するために、倉吉市入所判定会へ参加される等、緊急短期宿泊への利用依頼等の情報把握や自治会加入や地域社会への交流参加（お祭り）による地域の方々への施設の理解を深める等の取組が行われています。</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、気軽に相談できる等のアピールを地域社会へ発信され、福祉ニーズ等の情報収集に取り組んでおられます。</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>社会福祉法人敬仁会として、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による要請に基づいた、ショートステイの利用受入れが行われています。</p> <p>「災害時の一時避難場所」、「子どもかけ込み110番」に行政登録や施設設置の「AED（自動体外式除細動器）」活用に向けた利用者対応等への取組が行われています。</p> <p>地域消防団と連携した総合防災訓練の実施や実施後の災害研修等が行なわれています。</p> <p>今後においても福祉ニーズの把握に努めて、地域の貢献活動に向けた取組の工夫を行うこととされています。</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>施設内に施設理念、基本方針、職員の心得等、「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の方針が職員の目に入りやすい施設内の事務所、スタッフルームに掲示され、職員による朝礼等でのミーティングでの唱和等が行われ、利用者の人権尊重に向けた意識の維持・継続に向けた取組が行われています。</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、利用者の毎日が尊厳のある暮らしに配慮する等の支援に努められています。</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><コメント></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>入所者自身が他人に知られたくない（見られたくないを含む）と願いを踏まえ、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>入所時には、本人・身元引受人にプライバシーポリシー（個人情報の収集、保護、利用の扱いを示し、第三者への共有や有無等の基準）の説明が行われ、同意を得ておられています。</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、スタッフルームで行ない、記録も事務所、スタッフルーム内で行われています。</p>		
<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。</p>		
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>法人ホームページ、パンフレット（シルバー倉吉）、広報誌（波々伎）で地域へ施設の情報提供が行なわれており、行政、地域包括センターや近隣の公民館へパンフレット、広報誌も配布され、広く地域の方々へ必要な情報を提供されています。</p> <p>見学希望者、利用希望者に対して、パンフレットや重要事項説明書等で丁寧な説明と利用の案内が行われています。</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>サービス開始時には、重要事項説明書を用いて本人・家族（身元引受人含む）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>定期的なカンファレンスでサービスの見直し等の変更があった場合は、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	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
<p><コメント></p> <p>施設としての入所退所基準を設け、柔軟な対応が行われています。</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、情報共有し、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、困った時の相談に応じた対応が出来る体制があ</p>		

<p>る旨の説明や措置権者の行政と連携し、その都度適切な施設等への申し込みについて説明・支援が行われています。</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><コメント></p> <p>年1回の利用者への満足度調査、家族アンケート、嗜好調査を実施し、サービス提供への反映が行われています。</p> <p>調査や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り組まれています。</p> <p>毎週、自治会全体集会が実施され、利用者の意見・要望を確認され迅速に必要な対応を心掛けておられます。</p> <p>毎週火曜日には、定期の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>日常的に利用者へ職員からの声を掛けや相談等、話しやすい雰囲気作りが行われています。</p>		
<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。</p>		
34	<p>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。</p>	a
<p><コメント></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>入所時は、本人・家族等へ重要事項説明書において、苦情解決の仕組みの説明が行われ、施設内には苦情解決体制（責任者、対応窓口、第三者委員等）のポスターを掲示され、苦情解決の仕組みが利用者（家族等）へ理解される対応が行われています。</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	<p>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。</p>	a
<p><コメント></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、定期生活相談日の開催のお知らせは、広報誌、当日放送、予定表の施設内掲示で周知されています。</p> <p>定期生活相談日以外でも、施設内へ意見箱が4カ所設置される他、職員に何時でも、誰にでも意見・要望を話して欲しい旨が伝えられています。</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策、対応を行うこととされています。</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>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>利用者から意見箱、定期生活相談、自治会全体集会、日常の相談等の意見・要望等は職員朝礼ミーティング、会議等で職員への情報共有が行わ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、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><コメント></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共有を図り、利用者の安全確保に向けた取り組みが行われています。</p> <p>また、四半期、半期、年単位で集計・分析結果を基に対策をたて、対応についても周知が図られています。</p> <p>組織的なヒヤリハット月間を設けられ、事故を未然に防止するための予防対策事業（KYT等の事故事例に学ぶ危険予知対策等）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た取組が行われています。</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>		
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>ISO手順書に従い、感染症マニュアルの整備、感染BCPの作成等の研修、訓練が実施されています。</p> <p>感染対策委員会による毎月の会議において近隣での流行している感染状況や感染予防等の注意事項の周知が行われています。</p> <p>感染に関する研修として、手洗い、手指消毒、嘔吐物処理、PPE（防護服）の脱着等の感染対策が看護師を中心に実施されています。</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><コメント></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、自然災害に対する事業継続計画（BCP）、洪水時の避難確保計画も策定されており、毎</p>		

年7月に見直しを行なう等、職員への周知が図られています。

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。

総合防災訓練の夜間想定には地域消防団の参加等、計画的に実施されました。

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。

自然災害に備えた食料、生活必需品等の備蓄品の用意も行われています。

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
<p><コメント></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><コメント></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しされています。</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>利用者への定期的なカンファレンスは多職種が参加し、利用者の一人ひとりの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、職員への周知や変更時の回覧等による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><コメント></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支援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>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>日常的な支援記録等に基づいたモニタリングの実施、カンファレンスでのサービスの評価・見直し、ニーズを確認され、必要な見直し等の支援計画（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><コメント></p> <p>定期のモニタリング時は支援計画（サービス計画）に対する評価を行い、必要に応じて軽微な修正等による利用者への支援が行われています。</p> <p>3ヶ月単位のモニタリング（3ヶ月単位）に利用者の特性等が検証され、6ヶ月単位の多職種によるカンファレンス会議による支援対応に必要な見直し等が行なわれています。</p> <p>見直しカンファレンス時には、前回の支援計画（サービス計画）を評価が実施され、新たな利用者（家族や後見人等）からのニーズを把握され、支援計画（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>利用者の体調不良等、状態の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、支援計画（サービス計画）を変更支援が行われています。</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>記録の電子化を4月から始められ、心身の状況や食事の生活の様子をタブレットを活用し、ペーパーレス化と必要な記録を残し情報を関係職員が誰でもパソコンで確認できています。</p> <p>また、日常的な引継ぎはノートを活用し職員間の情報共有が図れています。</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>		
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>個人情報保護規定に基づき、職員の入職時に業務で得た個人情報保護法の遵守の誓約書に証明が行われています。</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、重要事項説明書への個人情報保護に関する遵守やその取扱い（行政からの要請や広報誌等の写真掲載等のプライバシー保護等）についての同意を得る等の対応が行われています。</p> <p>I S O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>個人情報保護規定等についての職員研修（年間1回）が行われています。</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><コメント></p> <p>毎週火曜日に定期的に生活相談日、毎月（月末）での栄養相談日を設け、利用者からの要望・希望の聞き取りが行われています。</p> <p>毎週の自治会全体集会では、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>利用者からの意見・意向を個別支援計画に反映させ、毎日の歩行訓練や疲労回復体操、ラジオ体操、口腔体操、大腰筋体操等が行なわれています。</p> <p>認知症や精神疾患の方の入所も増加しており、それぞれの状態（介護サービス等）に配慮した支援が行われています。</p> <p>介護が必要となった場合は、介護申請の手続きを行い、ヘルパー、デイ、訪問リハビリ、福祉用具レンタル等サービスの調整が行われ、これまでと同様に継続した施設での生活支援が行なわれています。</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、家族に相談し特別養護老人ホーム等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><コメント></p> <p>毎朝居室訪問による利用者一人ひとりの状況に合わせた検温、健康観察による体調面等の聞き取り等のコミュニケーションの工夫（難聴の方への筆談やジェスチャー等）や会話の機会を持つよう心掛けておられます。</p> <p>特に、生活相談員・担当支援員が中心になり、本人の要望等を確認し支援されています。</p> <p>職員の接遇マナーに関する自己評価（年2回）の実施や職員必修の接遇研修（年1回）への参加等、接遇面の強化を図る取り組みが行われています。</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>規定に従い重要事項説明書に利用者の権利について記載があり、利用者はいつでも確認することができます。</p> <p>法人の虐待防止指針や虐待防止対応手順等に沿って、日常の利用者への支援が適正に行われているかを、虐待防止委員会、身体拘束廃止委員会、苦情解決委員会で検証や検討が行われています。</p>		

「虐待の芽チェック」の職員への自己評価が実施され、虐待への意識の強化や不適切なケアの早期発見に努めておられます。

研修委員会による計画的な「身体拘束廃止研修、虐待防止研修、人権研修、接遇研修、権利擁護の研修、事例検討会」を実施され、人権尊重への理解を深める取り組みが行われています。

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。	b
<p><コメント></p> <p>建物の老朽化に伴い、改修が難しい状況から居室は2人部屋ですが、入所時の同意による個人のプライバシー保護等に配慮するためにカーテンで仕切られています。</p> <p>冷暖房は完備されていますが、夏は暑く、冬は寒い傾向もありますが、利用者それぞれの感覚にも違いがあるため、電気毛布・扇風機等を使用し居室で快適に過ごしていただけるよう工夫されています。</p> <p>利用者の入居前の生活環境に配慮し、馴染みの物を持ち込みを配慮し以前の生活居室の環境を整える等の対応も行われています。</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>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。</p> <p>居室の清掃はできるだけ利用者にやっていただくことを基本にされていますが、支援が必要と思われる場合には職員と一緒にいられています。</p> <p>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。</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>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>利用者の状況に合わせた入浴方法を検討され、個浴や夜間浴にも対応し調整が行い、基本的には週2回の入浴日が設けられています。</p> <p>入浴時の羞恥心や尊厳に配慮し、バスタオルをかけた後複数のタオルを準備されています。</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</p>		

<p>れる対応が行われています。</p> <p>入浴拒否のある方には、声掛けや職員を変える等の工夫が行われ、個浴や夜間浴等の対応の調整や入浴していただけない場合でも更衣だけでも着替えをしていただいております。</p> <p>入浴のローテーションは、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>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（ポータブルトイレ含む）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、介護課会議等で支援方法や排泄時間、オムツの種類等の見直しを行ない個々に合わせた対応が行われています。</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や必要に応じて排尿・排便の観察や確認等による支援が行われています。</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>法人の理学療法士（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、必要なりハビリテーションが行なわれています。</p> <p>また、理学療法士の評価による、身体状況に適したスライドボード等の福祉用具の選定等も行われています。</p> <p>定期的に福祉用具の点検（福祉用具点検表）の実施や清掃が行われ、安全・安心に使用できるよう心遣いが行われています。</p> <p>カンファレンスや介護課会議等を実施し、ケアの統一が図られています。</p> <p>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。</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>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。</p> <p>嗜好調査を実施され、お好みのメニューに反映させる等の食事の提供が行われています。</p> <p>毎週金曜日の昼食は、選択メニューや祝い膳、お寿司の日などの行事食等、食事を楽しく美味しく食べることが出来る工夫が行われています。</p> <p>また、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。</p> <p>利用者の身体状況を考慮した食事（医療食、栄養バランス食等）の提供が行われています。</p>		

<p>感染対策として分散形式でゆったりとしたスペースを確保されており、音楽等を流し雰囲気作りをされています。</p> <p>食堂前には、献立表が掲示され、毎朝の館内放送でも献立の発表が行われています。</p> <p>I S O給食衛生管理手順に従って、適切な衛生管理等による施設厨房での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>嚥下機能が低下した利用者に合せた食事形態（ペースト・超きざみ、きざみ、減塩など）で提供されています。</p> <p>米飯も普通・軟飯・おかゆの提供も行われていますが、できるだけ自分で食べていただけるように、環境や自助具等の工夫をされています。</p> <p>食事は、すべて施設内で調理されており、食事時間も長めに設定し、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。</p> <p>食事介助が必要な方にはポジショニングや水分形態、食事形態など言語聴覚士の助言をもらわれています。</p> <p>喉詰めチェックリストを活用され、リスクに対しての課題を挙げ取り組まれています。</p> <p>普通救命講習の参加、吸引実技の内部研修を実施されています。</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>昼食前に口腔体操が行われ、支援が必要な方についてはコップや歯ブラシを管理され、食後の利用者への声かけや支援による歯磨き等が実施され、職員による口腔内の確認をされています。</p> <p>歯科衛生士による職員研修が年2回実施され、利用者への口腔ケアに繋がられています。</p> <p>見直しカンファレンス時のオーラルマネジメント（OHAT表）を活用し、口腔内アセスメントを行ない、異常時には看護師に報告され、歯科受診につなげておられます。</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>褥瘡予防のためのガイドラインに基づき、排泄時・入浴時には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、体位交換表等の作成によるケア対応が行われています。</p> <p>施設内研修として褥瘡予防研修を職員会議内（栄養士との栄養相談等含む）に於いて実施されています。</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>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、現在は喀痰吸引・経管栄養の必要な方はおられません。</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体制（有資格7名）は整備されています。</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>毎日の歩行訓練や体操、大腰筋体操、また定期的には下肢筋力低下防止のためのレクリエーションを実施され、心身機能の維持に取り組まれています。</p> <p>利用者を対象に、法人老人保健施設の理学療法士による大腰筋講習会（年2回）を実施され、効果的な運動の助言を受ける取り組みをされています。</p> <p>大腰筋トレーニングや体操が一年を通じて行われ、転倒予防と身体機能の維持、向上に向けての取り組みが行われています。</p> <p>要介護者は必要に応じて、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師の訪問リハビリ等の実施やA D L（日常生活動作）の評価等が行なわれています。</p> <p>認知機能低下等の状態変化があった場合には、協力病院等へ通院による医療機関との連携が図られています。</p>		
<p>3－（6）認知症ケア</p>		
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>定期的見直しカンファレンス時は、利用者等への適切なアセスメントが行われ、一人ひとりの認知症等の状況等について、多職種によるカンファレンス会議で現行のケア内容等が協議され、必要な支援計画の評価・見直しが行われています。</p> <p>法人及び施設においても職員への認知症研修（B P S D等も含む）が行われています。</p> <p>更に、認知症実践リーダー研修や認知症実践研修にも参加する等、認知ケアスキルの向上に努められています。</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する等の支援が行われています。</p>		
<p>3－（7）急変時の対応</p>		
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>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おり、緊急時対応訓練（年1回）</p>		

が実施されています。

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（日常生活動作状況）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。

日常の健康観察が行われており、状態の急変時等の変化が見られれば、看護師（日中の配置等）等による早急な医療機関へ連絡や状況に応じた受診が行われています。

また、体調の急変時は、家族等へ適時報告が行われています。

服薬管理は施設で行なわれており、薬局から配達された薬は看護師が仕分けされ、介護士のダブルチェックが行われた後、利用者へ手渡され服薬が行われています。

3-（8）終末期の対応

A⑯	A-3-(8)-①終末期の対応	評価対象外
＜コメント＞		
終末期ケアは行われていない為対象外		

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
＜コメント＞		
家族（成年後見人等）へは、身体状況の変化、体調不良など適切に電話連絡が行われています。		
毎月発送する広報誌と共に担当職員から日々の様子をお便りに同封される等、家族等とのつながりを持つための対応が行われています。		
家族アンケート（年1回）が実施され、家族からの意見・要望を収集した支援を行うための取り組みが行われています。		
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、要望の聞き取り遠方の方には電話や郵便で対応されています。		