

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：施設長 増尾 孝康 | 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 | | |
| 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： 21名 | 非常勤職員 6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 4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 4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ていきます。

【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。
- 5) 各リスクの軽減に取り組み利用者の安心・安全に繋げる。

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に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。

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|--------------------------------------|
| 評価実施期間 | 令和3年9月1日（契約日）～ 令和4年2月21日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 14回（令和2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、利用者に対する尊重と尊厳ある暮らしのサービス提供に向けた利用者の声を反映した取り組みが行われています。
- 地域との交流や連携等の取り組みによる事業運営に対する理解を深める取り組み等が計画的に行われています。
 - ・「子ども駆け込み110番」に登録され、地域の子どもの安全に取り組みられ施設の周知がされています。
 - ・各種ボランティアや実習生、演芸訪問の受入れ。
- 事業計画（部門別目標管理）の進捗管理と職員の職能別目標に対する人事考課制度の組織的運営の実施
- 倉吉市長寿社会課、地域包括支援センターと随時連絡を取り合い緊急ショートステイの受け入れ対応をされています。
- 虐待の芽チェック調査が行なわれ集計・分析による課題を把握され、虐待対防止の徹底をされています。
- 職員の活気が感じられる職場を目指し、職場環境改善に繋がるように、衛生管理委員を設置し、年2回疲労度蓄積度アンケートを実施し、職業ストレス、腰痛、メンタルケアに積極的に取り組み随時公表やフィードバックを行ない職員の心身と安全確保に取り組む体制が整備されています。

◇改善を求められる点

● 業務運営におけるデジタル化の推進

- ・法人として、ICT導入による業務の効率化が進み当施設でもパソコンによる各種資料作成等の作業が行われていますが、養護老人ホーム運営に適応する各種の業務ソフト等の検証が行われています。今後の業務運営におけるICT化の進み業務の効率化が

進展する事に期待します。

● 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、外部研修等への参加による知識・技能スキル等の向上が図られていますが、今後も継続した生活環境の整備やサービスの充実に期待します。

● 今後の養護老人ホームの経営について

・ 要介護者の施設移行を継続的に実施し重度化が軽減されましたが、反面訪問介護サービスの収入減少という新たな課題ができ、今後施設の現状と方向性について行政も交えた協議される機会を持たれることに期待します。

● 福祉人材の確保等についても今後も継続して取組まれる事に期待します。

⑦ 第三者評価結果に対する施設のコメント

今年度は、新型コロナウイルス感染症対策のため、WEBにて受審となりました。コロナ禍ということもあり、感染症対策を実施しながらご利用者様へより高い品質のサービスを提供できるように一つひとつ改善に努めていきたいと考えています。

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（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>法人の理念よりシルバー倉吉の特性を踏まえた施設理念、方針が明文化され、施設内（事務所、スタッフルーム、食堂、玄関等）に掲示、ホームページ内や機関誌、パンフレットにも記載され周知が図られています。</p> <p>利用者には自治会全体集会で、理念、方針を丁寧に説明されています。利用者の高齢化に伴い認知機能の低下も進み理解が難しい面もありますが、質問があればその都度説明され周知が図られています。家族へは機関紙を送付されています。</p> <p>職員に対しては3月末の職員会議で説明が行われ、毎月の職員会議では理念・方針を実行するための努力目標を明確にされています。</p> <p>各職員へ「事業計画及び目標達成表綴」を配布しいつでも確認ができるようにされています。</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><コメント></p> <p>社会福祉事業全体の動向については、老人福祉施設協議会（鳥取県、中国管内、全国組織）の各種情報、全国社会福祉法人経営者協議会報や研修参加等により、実施事業等を取り巻く環境の変化や法改正等を把握されています。</p> <p>また、市町村、地域包括支援センター等と連携を取りながら地域の状況を把握・分析されています。</p> <p>法人の経営会議で毎月の経営状況を分析し、その結果について施設長が毎月の職員会議で報告され、それを基に施設（運営会議、職員会議等）においても定期の月次分析等が適切に行われています。</p> <p>成果の検証や課題等の対策等による経営改善に向けた取り組みが行われています。</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>月1回法人の施設長会議にて問題を明確にして取組みについて協議、PDCAのサイクルで進められています。</p> <p>施設長会議の結果を基に毎月の運営会議、職員会議にて経営状況が周知され、課題の取り組みについても説明され、部門ごと（看護・介護・厨房）の委員会でも、課題対策等の説明や具体的な施策等の討議を行い取組まれています。</p> <p>職員会議に参加者できなかった職員には会議録を回覧し周知が図られています。</p> | | |

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>社会福祉法人敬仁会としての理念・基本方針を反映した法人の中・長期計画（5ヶ年計画）が策定され、その方針に基づき当施設の中・長期ビジョンとしての計画が作成されています。</p> <p>職員へ次年度の事業計画のアンケートを実施し、前年度のマネジメントレビューを基に事業計画を作成されています。</p> <p>目標 数値も明確化し評価されています。</p> <p>法人、施設で中間達成度評価を実施し必要に応じて見直しが行われています。</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手順書により中・長期計画に基づき単年度事業計画が策定されています。</p> <p>事業計画は、全職員の意向、法人理念を活かし、職員の理解を得るために可視化（目標、達成レベル設定、人材育成、具体的な取り組み方法等）出来るよう具体的な指標である目標内容、達成基準等を明確化した計画を目指して工夫され、年度当初の職員会議等で施設長からの説明等が実施されております。</p> <p>PDCAが重要であり単発の計画にならないよう心掛けておられます。</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>単年度の事業計画に対する進捗状況の把握、分析に加えて、中間期、期末期の重点目標の達成評価（マネジメントレビュー）等及び各部門の事業方針等への意見・要望（職員への面談やアンケート等含む）を踏まえ、次年度の事業計画が策定されています。</p> <p>策定方法については、ISO9001規格(国際標準化機構)で決められた手順書を活用し策定されていました。</p> <p>毎月の事業計画の進捗管理及び中間期、期末期の評価等の定期サイクルによる事業運営の検証や対策が適切に実施される等、評価（目標達成度5段階別）や見直し等が組織的に行われております。</p> <p>事業計画内容、進捗状況、課題・対策等は、毎月実施される運営会議や職員会議等が定期的実施され理解を深められています。</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><コメント></p> <p>利用者のへ事業計画説明は、年度当初の自治会全体集会（毎週月曜日）において、分かり易い言葉で説明し質問があれば本人の理解度に合わせ都度回答する等の工夫が行なわれています。</p> <p>館内掲示や機関紙にて周知が図られています。</p> <p>また、家族、地域の方には機関誌で周知も行われております。</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>ISOを活用し、PDCA サイクルに基づき評価・見直しが行われています。</p> <p>平成16年度から取組まれている法人の内部評価委員会による施設毎の内部評価システムも有効に機能しておられますが、令和2～3年度の法人内部評価委員会の活動はコロナ禍のため実施されませんでした。収束後には行なわれる予定です。</p> <p>自己評価には全職員が取り組み、評価委員会、運営会議で検討する仕組みがあります。また、毎年福祉サービス第三者評価を受審され、外部・内部評価を共に行なう流れで進められており、福祉サービスの質の向上を目指しておられます。</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><コメント></p> <p>内部評価による施設評価を基に課題を抽出し、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、職員会議にて周知し情報共有が図られています。</p> <p>また、必要に応じて改善計画の見直しが行われています。</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>組織の業務分掌が明文化による組織全体の運営管理等、施設長としての自らの役割・機能や不在時における緊急事態の発生時の権限委譲も明確化された組織運営が実施されています。</p> <p>年度当初の職員会議において、「事業計画及び目標達成計画表綴」を配布し各分担表が確認できるようにされています。また、事務所、スタッフルーム内にも掲示し周知が図られています。</p> <p>また、事業継続計画（BCP）へも施設長の役割や不在時の代行者も明記され、職員等がいつでも確認できるよう事務所・スタッフルーム内に掲示されています。</p> <p>更に、機関紙にて、地域に向けて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>日々起こる事件・事故等を基に、タイムリーに取り組むべきことを明確にし、周知することを心掛けておられます。</p> <p>虐待や各種事故等発生時に職員に周知と関係法令の明確化、注意喚起に努めておられます。</p> <p>福祉関連法令は事務所に設置し、ISO文書管理で明確にされています。</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> | | |

| | | |
|---|---|---|
| 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>利用者へのサービス提供（利用者の心身機能の低下予防、成年後見制度の利用支援、環境整備、食べる楽しみの提供、嗜好調査・満足度調査80%以上）等のサービスに関する質の維持・向上等実施状況が毎月の職員会議で検証や分析等が職員間で共有が図られています。</p> <p>毎月の職員会議にて、翌月の重点目標を具体的に明示され質の向上に取り組まれています。</p> <p>年間計画実行のため、6つの重点目標を策定し達成目標を明確化、中間・期末でそれぞれ達成度を評価する仕組みがあり職員に周知が図られています。</p> <p>施設長は施設内のラウンドも行い、日常的な利用者への声掛けや職員からの気軽な相談等が行ないやすい職場環境作りに努めておられます。</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>施設長は毎月法人・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>また、年2回疲労度蓄積度アンケートを実施し、施設理念に掲げられている職員の活気が感じられる職場を目指し、職場環境改善に繋がるよう取り組んでおられます。</p> <p>法人として、ICT導入による業務の効率化が進み当施設でもパソコンによる各種資料作成等の作業が行われていますが、養護老人ホーム運営に適應する各種の業務ソフト等の検証が行われています。</p> <p>今後の業務運営におけるICT化の進み業務の効率化が進展する事に期待します。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>人材確保は法人人事課で行なわれており、ホームページへの掲載、ハローワーク、各専門学校、就職説明会等において人材確保の取り組みが行われています。</p> <p>法人人事課による人事ヒアリングで適切な職員配置を検討し、体制図・組織図を基に法令配置数を明確にし、職員の配置体制基準が策定されています。</p> <p>人材定着は法人教育研修委員会等で人間力の強化を図りながら働きやすい職場を目指しておられます。</p> <p>人材育成は、職員管理として令和3年度重点目標に挙げ、コロナ禍のため外部研修に出かけるのは難しい状況ですが、全員が受講する内部研修を行ないスキルアップが図られています。</p> <p>職員等の事情等での欠員が発生した場合の新たな補充等が円滑に計画的に実行できる仕組みの課題解決に向けた取り組みに期待します。</p> | | |

| | | |
|--|---|---|
| 15 | Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | a |
| <p><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、職員の構成的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>法人が求める職員像は「職員の心得」を基に明確化にされています。</p> <p>人事規程の中で人事考課制度を活用しながら管理できるようになっています。</p> <p>能力は職務基準書で明確にされており、求められる能力アップにもつながり、人材育成にも成果が挙がっています。</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。</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り組み、随時公表やフィードバックを行い、職員の心身の健康と安全確保に取り組む体制を整備されています。</p> <p>また、福利厚生制度として、奨学金貸付制度、次世代育成支援、住宅手当、職員旅行等及び敬仁会互助会規約等、職員の心身の健康や働きやすい職場環境への取り組みが行われています。</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><コメント></p> <p>法人が求める期待する職員像に基づき、職員一人ひとりの育成計画表や目標管理で職員一人ひとりの目標の内容や達成基準、スケジュール等が細かく設定されています。</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>年3回(5・9・1月)に目標面接を実施時に進捗管理され、育成状況等に対する施設長等からの指導・アドバイス等が実施され、フィードバックされ育成に取り組まれています。</p> <p>昨年度より、個別に育成及び目標達成計画表を作成されたことにより、法人も職員も研修スケジュールの把握がしやすくなっています。</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>法人が求める期待する職員像を明確にされており、法人の基本方針としての職務基準に基づき、職員に求めている人材像や役割(知識・技能・資格等)が明示されています。</p> <p>職務基準書を基に伸ばせる能力、足りない能力を明確にした上で、年1回評価し次年度の計画に反映させています。</p> <p>重点目標として職員管理が挙げられており、研修や教育など実施されています。</p> <p>法人教育研修委員会は定期的に研修の評価を行ない、見直しされています。</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><コメント></p> <p>職員一人ひとりの職務基準（職能）や専門資格の取得状況と過去の研修履歴に基づき、目標面接で本人の意向を確認し、個別の計画を作成されています。</p> <p>職員個々の階層別研修（就労年数、技術・知識等のスキル、資格取得状況、業務遂行能力等）及びテーマ別（認知症、褥瘡、嚥下等）研修、資格取得研修等の計画に沿って、研修への参加が行われています。</p> <p>また、新人職員（異動含む）に対するオリエンテーションの実施及び職場OJT研修が実施され、定期的な評価による指導・援助が行われております。</p> <p>職員全員が年1回以上の研修に参加できるように配慮した計画が立てられており、内・外部研修の案内はタイムカードのそばに貼りいつでも確認できるように周知が図られています。</p> <p>特に専門職については時間外等研修が多く、参加しやすいように配慮されています。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>実習生の受け入れ指針（手順書）に基づき、実習生の受け入れ計画を作成し、担当などを明確にして積極的に取組まれています。</p> <p>受入れの際には、全職員に周知・協力を求め、研修・育成を担当する専門職は指導者養成研修を受講し、必要な体制整備を行ない積極的な取り組みが行われています。</p> <p>指導者養成研修について、今年度も予定されていましたがコロナ禍の為中止とされました。</p> <p>実習開始前の組織内（利用者、職員含む）への実習計画の周知及び実習生へのオリエンテーション（個人情報保護法の徹底、毎日の反省会等の実施、注意事項等）実施による現場体験型の実習が実施されています。</p> <p>実習生はその日の目標を決め、毎日振り返りを行ない、最終日には反省会が開かれており、学校側の教諭等も積極的に当施設への訪問による実習状況を視察されています。</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内で法人理念・基本方針・法人概要、行動規範、事業計画・事業報告・予算・決算・求人情報、当施設広報誌（毎月）、福祉サービス第三者評価結果等の情報公開が地域社会へ広く行われています。</p> <p>また、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>重要事項説明書・契約書も、当施設内に掲示され、施設利用者、施設訪問者等がいつでも確認できるよう公表が行われております。</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>社会福祉法人敬仁会としての会計監査（外部の会計監査法人）が実施され、組織内の監事監査、行政実地監査の実施や当施設等への内部経理監査が定期的に行われています。</p> <p>ISO手順書による適正なサービス運営（事務処理、経理、外部取引等）ルールの明確化及び定期的な運営状況の検証、課題等への是正処置対策等、適正で透明性の高い経営管理が組織的に行われています。</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><コメント></p> <p>事業計画の重点目標に地域との連携について掲げてあり、取り組んでおられます。</p> <p>例年、施設行事の七夕そうめん流しや敬老祭りなどに地域住民を招待し、利用者との交流が図られていました。また、近隣保育園の発表会や七夕まつりへ招待頂いての交流や地域住民との月2回体操交流が行なわれていましたが、今年度もコロナ禍により従来通りの交流はできにくい状況が続いておりますが、全市ごみゼロ一斉清掃やリサイクル活動は毎年取り組んでおられます。</p> <p>また、月2回の地域の理髪店による訪問理美容の活用は行われていますが、近隣のお店への買い物に関しては、職員が代行して商品の買い出しが行なわれています。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>ボランティア受入れマニュアルに基づき、受け入れ体制を整備し、ボランティアの受入れが実施されています。ボランティア受け入れマニュアルの見直しを行い、体制を整備されています。</p> <p>新型コロナ感染防止策は、感染状況等の配慮による定例ボランティア（お茶、お花、喫茶、傾聴等）が実施（24名の参加）されていますが、サマーボランティア、福祉体験としての教育交流（中学生ボランティアとしての介護の仕事体験や行事手伝い、利用者交流等）、清掃活動、倉吉北高校インターアクトクラブ（行事手伝い等）、敬老まつりの手伝い（屋台や園芸等）等々の計画が作成されていますが中止せざるを得ない状況が継続しております。</p> <p>今後におかれましても地域の社会福祉協議会等へのボランティア募集登録等の積極的なアプローチを継続されること期待致します。</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>関係機関として、倉吉市とは年数回、市社会福祉施設連絡協議会、県内養護老人ホームと定期的に連絡会を開催し共通の問題を話し合う場がもたれ連携が図られています。</p> <p>地域包括支援センターと連携され、緊急ショートステイ（生活管理指導短期宿泊）の受け入れが実施されています。</p> <p>当施設の関係機関（上記情報機関及び医療機関、保健所、警察、消防署、施設設備保守業者等）の一覧表（整備）が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> | | |
| 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>県老人福祉施設連絡協議会、市社会福祉施設連絡協議会、県内養護老人ホームとの連携も図られています。</p> <p>地域住民への健康教室開催時に地域の方々の要望等を把握するアンケート調査が実施されていますが、新型コロナウイルス感染禍の中で資料配布のみで福祉ニーズ等の収集等の取り組みが出来ない状況です。</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>倉吉市長寿社会課や包括支援センター等と連携され、ショートステイ利用の受入が行われています。</p> <p>法人としては公営的な取り組みの「えんくるり事業」に加入されています。</p> <p>「子ども駆け込み110番」に登録され、近隣の子ども会に周知されています。</p> <p>地域の小学校へ出向き、認知症絵本教室への協力が行われています。</p> <p>倉吉市と災害時に受け入れができる災害協定を結び、地域消防団との避難訓練も実施されています。</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> | | |

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>施設の基本理念である「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ていきます」及び施設方針の利用者の人権の尊重を守り、尊厳のある暮らしを提供する福祉施設としての意識を深める為、「職員の心得」を施設内へ掲示する等の意識の徹底が図られています。</p> <p>法人の倫理・サービス向上部会及び組織内に身体拘束委員会等による利用者の人権を尊重するサービス提供の現状把握（虐待の芽チェック調査）が年間2回実施され、その状況等の把握・分析による課題等の対策等が行なわれております。</p> <p>更に、全職員対象のコンプライアンス研修、人権擁護、接遇・マナー等の法人内研修が行なわれ、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行われています。</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手順書の入浴介助手順・排泄介助手順にプライバシー保護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、身障者用トイレ内や同室者に見られないよう居室内にプライベートカーテンを設置されており、他の利用者や職員からの視線を遮っておられます。</p> <p>居室は2名同室ですので、カーテンで仕切りプライベートな空間を作り、現状としての最善策となっています。</p> <p>年2回「虐待の芽チェック」を実施し、利用者に視点を置いたサービス提供に努めておられます。</p> <p>個々で記入できる面会をカード作成されています。</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><コメント></p> <p>ホームページ、パンフレット、広報誌にて情報提供が行われ、市内の各公民館にも広報誌は配布されています。</p> <p>施設利用の前に説明、見学などの対応が丁寧に行なわれています。</p> <p>独自のサービスとして「1日体験利用サービス」の受け入れが可能な体制が整えられています。</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>入所開始時、契約書・重要事項説明書・自立支援計画書を用いてオリエンテーションを行い、本人・家族に分かりやすく説明をされ、同意を得てサービス開始されます。</p> <p>また、利用者等へのサービス計画や重要事項説明書の変更が生じた場合、利用者・家族等に説明を行い、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>ISO手順書に退所時対応手順書が定められており、包括支援センターや行政、病院や他施設と連携をされ、その都度会議の参加や必要資料の作成・提供が行われています。</p> <p>退所後のアフターケアについても記載があり、相談等にも対応されています。</p> | | |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。 | | |
| 33 | Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>利用者からの満足度調査（年2回）、家族アンケート（年1回）及び栄養士等による嗜好調査が実施され、調査結果等は、各サービス向上委員会で検討され改善活動に取組まれています。</p> <p>利用者の自治会全体集会（毎週：10名～15名程度参加）や定期生活相談（毎週火曜日）が行われ細やかな意見・要望を伺う仕組みあります。</p> <p>日常的に利用者とのコミュニケーションを大切に職員からの声かけ等による話やすい雰囲気づくりや施設内への意見箱の設置による毎週の確認等、利用者からの意見・要望を受けとめるための取組みが行われております。</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><コメント></p> <p>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）により体制が整備されており、実施されています。</p> <p>苦情解決委員会のポスターは館内に掲示され、相談窓口を明確にされています。</p> <p>重要事項説明書に記載してあり、入所時に本人・家族に説明されています。また、苦情等への対応は、早期に施設苦情処理委員会等で検証・対策等の検討が実施され、申し込み者への説明や苦情（解決対策含む）等の公表が行われています。</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><コメント></p> <p>館内に意見箱を設置し、利用者が苦情・意見が述べやすいようにされています。</p> <p>利用者には「いつでもどの職員にでも声をかけてもらえば大丈夫ですよ」と伝えておられます。</p> <p>利用者・家族等からの満足度アンケート調査、毎週開催される自治会全体集会や毎週火曜日の「定期生活相談日」の開設等、利用者が意見や要望を発言する場の機会を設ける等の取組みが行われています。</p> <p>生活相談についての日時は館内掲示がされており、相談室の設置もあります。</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より対応されています。</p> <p>多様な利用者からの意見や相談等を把握する工夫（満足度調査、生活相談日の設定、自治会全体集会等）が行われていますが、対応が困難な場合は随時に、各サービス向上委員会で検証・検討による対策等の回答を利用者へフィードバックされると共に朝夕の引継ぎ時等で共有が図られています。</p> <p>また、定期・随時の生活・栄養相談や顧客満足度アンケート等からの意見にタイムリーに対応されています。</p> <p>相談・意見に対する検証・分析・対策等に時間を費やす場合は、相談・意見申請者等へ検討の途中経過等の説明が行われています。</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>事業計画における部門目標管理（目標：リスクを減らし安全な環境を整備する）が設定され、毎月のリスクマネジメント委員会開催、施設内をラウンドした安全点検の実施（毎月）、各担当のヒヤリハット提出及び課題等への対策が実施されています。</p> <p>ヒヤリハット、事故報告等は、職員会議で報告され、参加が出来ない職員は、会議録等で文書回覧による周知が行われています。</p> <p>また、法人によるリスクマネジメント研修では実例をもとに事例検討を行ない改善策、再発防止策等、安全・安心な施設運営に向けた意識強化の取組みが実施されています。</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>感染症対策マニュアル（ISO手順書）に基づき、感染症対策委員会による対策会議（毎月1回の開催）等におけるスタンダード・プリコーション（標準予防対策）の組織内への徹底及び各種感染発生（新型コロナ感染症、インフルエンザ、ノロウイルス等）時、それぞれの感染症に対応するための対策マニュアルに切替えた円滑な対策やまん延防止の取組が行われています。</p> <p>職員への感染管理（事例検討含む）やリスク低減対策等、利用者・職員への研修も定期的実施されています。</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>防災管理規程に基づき、防災委員会（防災管理者）による防災計画、消防計画等が整備され、防災避難訓練（年間3回）が実施され、内2回は、夜間等を想定した訓練及び災害の利用者や職員の安否確認方法等、緊急連絡網に沿って伝達訓練も実施される等実践的な利用者の安全確保の取組が行われています。</p> <p>法人組織として、業務継続計画（BCP）が策定（令和2年改定運用開始）され、全国各地で発生する自然災害等の地震、水害の大災害に加えて、新型コロナ感染症等を想定した緊急事態の損害を最小限に抑え、地域社会の重要な事業としての役割を果たすための継続性や早期回復を図る為の取組が行われています。</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><コメント></p> <p>ISO手順書により福祉サービスの場面毎に利用者へのサービス提供等に向けた各種マニュアル（排泄・入浴・食事手順等）が作成されており、標準的な福祉サービスが提供できるように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、研修を行ない定着出来ているかの確認が行われており、新人・異動職員に向けた研修・OJTで周知に努められています。</p> <p>また、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（定期的な見直し等され、利用者個別の支援と標準的な支援等、職員間で共有したサービス提供が行われています。</p> <p>定期的なカンファレンスによる職員間で検討、共有が図られる等のサービス提供の取組が行われています。</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>各手順書は文書管理手順により毎年4月にレビューを行い、見直しをされています。 内部監査やサーベイランスでも見直しが行われています。 カンファレンスは、多職種の職員が参加され、支援計画の課題についても定期的に評価・見直しが行われています。 支援計画はPCに保管しプリントアウトされた内容を職員で情報共有されています。</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>責任者（介護支援専門員、生活相談員）は、入所時に統一したアセスメント表を活用して生活歴、健康、認知・コミュニケーション状況、社会生活スキル、家族構成、利用者・家族等の要望等を確認し、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、計画に基づいた支援が行われています。 ミニカンファレンスや見直しカンファレンスも、手順通りに実施されています。</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>利用者の自立支援計画等は、3か月単位のミニカンファレンスの実施、6ヶ月単位のカンファレンスによる計画の評価、必要な見直し等の実施。手順書に沿ったプラン変更が行われています。 自立支援計画等の評価、見直しの際にも、利用者・家族等の意向や要望等を確認し、反映した計画が策定されています。 また、利用者の状態変化時には、随時カンファレンスが開かれ、評価・見直しが行われ、変更されています。</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>処遇記録手順に基づき、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、記録内容毎に黒（一般記録）、青（自立支援計画記録）、赤（看護記録）の3色で使い分ける工夫を行い、速やかな記録のチェックによる業務の効率化が図られています。 また、運営会議、職員会議等の会議録の回覧や業務の円滑な遂行に向けた引継ぎノート、ホワイトボード等の活用での職員間の共有化が図られています。</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 data-bbox="156 210 308 241"><コメント></p> <p data-bbox="156 255 1441 434">社会福祉法人敬仁会として、個人情報保護規定及び個人情報保護方針（プライバシーポリシー）の基本方針、個人情報の適切な取得、利用目的、個人情報保護対策、関係法令条項等が定められ、利用者・家族等の施設への入所時に重点事項説明書等で個人情報の取扱いについて説明を行い、同意を得ておられます。</p> <p data-bbox="156 448 1426 528">職員は、入職時に個人情報保護規定に沿った誓約書へ署名され、法人内の個人情報保護に関する研修等への定期的な参加による理解を深められております。</p> <p data-bbox="156 542 1441 622">個人情報保護のため、ケースファイルの背表紙の名即を貼らないようし廊下から名前が見えないような配慮がされています。</p> <p data-bbox="185 636 1353 672">品質管理リストへ保管責任者、場所、保管年数等を明確にした管理が行われております。</p> <p data-bbox="185 685 879 721">広報誌への写真掲載許可の確認も行なわれています。</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>利用者との自治会全体集会、利用者の生活相談や栄養相談日を設け、利用者の意向・要望等の聞き取りが行われ、利用者の生活支援、機能訓練、行事参加や利用者一人ひとりに適応する食事形態への食事提供等の支援が行われています。</p> <p>また、利用者の心身状況の変化や相談への適切な対応を行う為に、他職種間でカンファレンスを開催し自立支援計画の見直しが行われています。</p> <p>自立の方でも、介護が必要になった場合は介護サービスが受けられるように介護認定申請の手続きを行い、継続して施設で生活できるように支援されています。</p> <p>地域移行は養護老人ホームでの生活が長く高齢化も伴い、就労支援も難しいということもあり出来ない状況です。</p> <p>高齢化の進展等で支援対応等が難しい状況が発生した場合は、病院や他の施設との連携等による円滑な移行や受入れが行われるための取組みが行われております。</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>一日誰とも話さないということがないように、毎朝居室に行かれ健康チェックが行われています。日々の会話の中から利用者の希望や要望の聞き取りができるよう心掛けておられます。</p> <p>また、自治会全体集会、満足度調査、嗜好調査及び定期的カンファレンス時等で、利用者の意向や希望（要望）を聞き取る等の多様なシーンにおける利用者一人ひとりへのコミュニケーションが行われ、利用者が1日の生活の中で何も会話が無いよう努められています。</p> <p>現在、難聴の方はおられますが発語は可能であり、筆談やゆっくり大きな声で（身振り手振り等）での伝達対応による相互間の理解が図れる等のコミュニケーションが行われています。</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>虐待防止対応手順に基づき、定期的な身体拘束廃止委員会や苦情解決委員会が開催され、利用者の権利侵害等、不適切なケア等の早期発見等の検証や検討が行われています。</p> <p>また、身体拘束委員会による職員への虐待の芽チェックを年2回実施され、不適切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>権利擁護の支援が行われています。</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><コメント></p> <p>居室は原則2人部屋、全室冷暖房完備となっており、利用者の入所前の生活環境に配慮され居室環境を整えておられます。</p> <p>食堂、浴室、トイレ、洗濯室、洗面室等の日常生活に必要な環境が整備され、他に、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の全てが整っています。</p> <p>定期的な施設長の施設内ランド等による環境測定の実施に加えて、施設の安全対策委員会による施設の定期点検（月1回）による不安全カ所等の改善や対策等が行なわれています。</p> <p>居室の清掃は、出来るだけ利用者一人ひとりが自力で行うよう見守りが基本ですが、職員の支援が必要な利用者が散見されるようになってきています。</p> <p>トイレや施設内の共有スペースの清掃は、委託（就労継続支援B型）され、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入浴方法を検討し、支援方法や個別の対応、福祉用具の検討・実施をされています。</p> <p>入浴介助手順に基づき、入浴前の検温で体調を確認。体調不良時には、翌日に入浴の延期や清拭への変更が行なわれています。</p> <p>利用者からの拒否がある方にも更衣の着替え等の声掛け等、利用者の心身状況を配慮した入浴支援（週2回が基本）が行われております。</p> <p>入浴は、ローテーション的に介助が必要な利用者（個室・リスト浴の入浴）から始まり、順次大小の浴室（見守り支援）等、利用者の心身に合わせた入浴が行われております。</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排泄手順があり手順に沿って支援が行われています。</p> <p>排泄介助手順に基づき、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排泄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プライベートカーテンの設置が行なわれています。</p> <p>カンファレンス等で支援内容などの見直しを行い、排泄困難な場合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>必要に応じ排尿・排便を観察し、確認されています。</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>関係機関より理学療法士（PT）の支援を受け、必要な利用者へのリハビリテーションの実施を行ったり、身体状況の評価により利用者に適した杖・歩行器・車椅子等個々に合った福祉用具を利用して頂いています。</p> <p>定期的に職員による機器のチェックや清掃が行われ、安心、安全、清潔に使用できるように努められています。</p> <p>利用者の移動・移乗については、カンファレンス（サービス担当者会議、介護会議含む）にて多職種間で情報の共有が図られています。</p> <p>利用者の心身の機能維持（転倒予防含む）を目的に、日頃より毎朝職員と一緒に歩行訓練、ラジオ体操、大腰筋体操が行われています。</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>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に希望を伺い、好物を取り入れたメニューが提供されています。</p> <p>朝食は事前にパン食か米食の希望が可能となっています。</p> <p>昼食は週1回副食が選択メニューにて選べるようになっています。</p> <p>季節の食材を使用し、季節感がある食事や行事食等楽しめる工夫をされています。</p> <p>ISO給食衛生管理手順に基づき、適切な衛生管理による食事の提供が行われています。</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>嚥下機能など利用者に合わせた食事形態（刻み食、極刻み食、ミキサー食、トロミ付き食）で提供されており、利用者に合わせた自助食器を活用され、なるべく自力で食べてもらえるよう工夫されています。また、時間のかかる方には早めに提供する等、ペースに合わせた配慮をされています。</p> <p>カンファレンス時には食事についての見直しが行われ、利用者が安心・安全に食事ができるように取組まれています。</p> <p>食事前に口腔体操を行い、機能維持に努められます。</p> <p>普通救命講習の参加、吸引実技の内部研修の実施が行われています。</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>関係機関の言語聴覚士（ST）の支援による利用者、職員に向けた口腔研修（今年度は中止）が行なわれており、昼食前に口腔体操を実施し口腔機能の維持が行われています。</p> <p>今年度は、歯科衛生士による口腔ケア研修を実施されました。</p> <p>口腔内に異常があれば歯科受診を進め口腔機能維持に努められています。</p> <p>また、食後の歯磨き支援が必要な利用者へ口腔ケア支援を実施されています。</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>褥瘡予防の為にガイドラインを作成、研修が実施されています。</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、離床・臥床のタイミングの検討や体位変換表の作成等を行い、発生時のケアや発生の再発予防が行なわれています。</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>喀痰吸引についてISO手順書があります。</p> <p>現在、対象者はおられませんが、喀痰吸引実施の体制があり、施設内で看護師を中心に吸引の研修が実施されています。毎月1回安全委員会を開催し安全に実施が出来ているか確認をされています。</p> | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>日常的に口腔体操、大腰筋体操、歩行訓練、くもん学習等の介護予防活動が継続して実施されています。</p> <p>機能訓練等が必要な利用者に対しては、自立支援計画に挙げて取組まれ、理学療法士（PT）による講習、評価も受けおられます。</p> <p>認知機能低下、機能低下等の状態変化が見られた場合は協力病院への通院に繋げておられます。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>職員は、認知症ケア研修への参加をされており、研修後には伝達講習も行なわれています。</p> <p>アセスメントシートにより適切なアセスメントが行われ、多職種連携によるカンファレンス、各種会議で情報共有が図られ、支援が行われています。</p> <p>認知症を持つ利用者への配慮として、居室に目印やトイレの表示を分かりやすくする等の工夫が行われています。</p> <p>また、利用者が施設生活の場面で役割を決め、本人が理解して活動する事による日常生活に活力を持って、過ごすための利用者一人ひとりの状況に応じた対策が行われています。</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><コメント></p> <p>緊急時マニュアルを作成され、それに沿って対応されています。</p> <p>緊急時対応訓練やフィジカルアセスメントなどの研修も行なわれています。</p> <p>日々の健康状態の観察や状態変化などの情報共有を行い、異常の早期発見に努めておられます。</p> <p>特別配慮のいる利用者には個別に対応されています。</p> <p>必要時には協力病院と連携体制が整っており、緊急時には医師へ直接連絡できる体制があります。</p> | | |
| 3 - (8) 終末期の対応 | | |
| A⑯ | A-3-(8)-①終末期の対応 | b |
| <p><コメント></p> <p>施設としては看取りケアは行なわれていませんが、出来る限り施設で対応され、嘱託医と連携され入院のタイミングを調整されています。</p> <p>職員は、重度化・看取りについての研修へ参加され、終末期の対応について学ばれています。</p> <p>終末期は、緊急先の嘱託医等と入院のタイミングや調整等が行なわれています。</p> <p>終末期における利用者への緩和ケアの援助手順や職員等の精神的な負担やケア等について、今後、高齢化の進展に伴う対応等についての検証の実施に期待します。</p> | | |

A-4 家族との連携

| | | |
|--|------------------------------------|---------|
| | | 第三者評価結果 |
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>毎月、家族に対する利用者の生活状況等の情報（広報誌：波々伎）と共に部屋担当職員が日々の様子をお便りで報告されています。</p> <p>自立支援計画書作成時には、家族カンファレンスを行ない意向確認、要望の聞き取りをされています。</p> <p>また、状態変化（病気やケガ等）の場合も家族へ随時の状況報告が行われています。</p> | | |