

# 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<br>(外部サービス利用型特定施設)                                                          |          |
| 代表者氏名：施設長 増尾 孝康                                                | 定員（利用人数）：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：<br><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年11月1日<br>重要な変遷：平成10年7月1日倉吉市の管理運営委託<br>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： 22名                                                                              | 非常勤職員 6名 |
| 専門職                                                            | 生活相談員 2名                                                                               | 介護補助員 1名 |
|                                                                | 看護師 1名                                                                                 | 宿直専門員 4名 |
|                                                                | 支援員兼介護職員 10名                                                                           | 日直専門員 1名 |
|                                                                | サービス提供責任者 1名                                                                           |          |
|                                                                | 介護補助員 1名                                                                               |          |
|                                                                | 栄養士 1名                                                                                 |          |
|                                                                | 調理員 5名                                                                                 |          |
| 施設・設備<br>の概要                                                   | 2人部屋 28室                                                                               | 医務室      |
|                                                                |                                                                                        | 静養室      |
|                                                                |                                                                                        | 面会室      |
|                                                                |                                                                                        | 娯楽室      |
|                                                                |                                                                                        | 会議室      |
|                                                                |                                                                                        | 食堂       |
|                                                                |                                                                                        | 浴室       |
|                                                                |                                                                                        | 洗濯室      |
|                                                                |                                                                                        | 理容室兼作業室  |
|                                                                | 談話コーナー                                                                                 |          |

### 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

#### 【施設理念】

- 1) お一人おひとを大切にしたいその人らしい生活を支援します
- 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) 個別ケア、個別支援の充実を図る
- 5) リスクの発生を予防する（水害発生時の対策整備 他）

#### 【施設テーマ】

『健康寿命を目指して、共に取り組む』

### ④施設の特徴的な取組

#### ○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

- ・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。

#### ○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。
- ・施設内研修、研修復命の実施。

### ⑤第三者評価の受審状況

|               |                                        |
|---------------|----------------------------------------|
| 評価実施期間        | 令和2年9月1日（契約日） ～<br>令和2年12月16日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 13回（令和1年度）                             |

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

- ・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。
- ・「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施設の周知がされています。
- ・虐待の芽チェック調査が行なわれ集計・分析による課題把握をされ、虐待対防止の徹底をされています。
- ・各種ボランティアや実習生、演芸訪問の受け入れ。  
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の実施。  
地域住民に健康教室を提供されるなどの交流の継続。

### ◇改善を求められる点

- ・養護老人ホームでの生活が長く高齢になり、地域生活移行や就労支援が難しいと現実があります。その中で、高齢化に伴う生活環境の整備等の整備に努めて行かれることに期待します。行政からの援助も必要と思われます。
- ・福祉人材の確保等についても今後も継続して取り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

「評価機関」を変更して初めての受審であり、また平成27年度より判断基準の考え方が変更になったこともあり、今年度は職員評価結果より昨年度より「b」評価を多く提出しましたが、審査の結果「a」評価にあげて頂いた項目が沢山あり改めて評価結果を施設内で周知し今後も「より良い福祉サービスの基準」を維持するとともに、「改善も求められる点」を意識して改善する努力を行っていきます。  
またコロナ禍での生活のあり方が変わっており、職員同士で意見交換しながらご利用者への新しいサービス提供方法を見つけていきたい。

## 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>法人の理念からシルバー倉吉の特性を踏まえた理念・方針が明文化されており、施設内に掲示されています。職員は朝の引き継ぎ時に施設理念を唱和されています。</p> <p>職員に対しては、年度末の職員会議で施設長より、翌年度の理念・方針について説明が行なわれます。また、月1回の職員会議で理念・方針を実行する為の努力目標を明確にされています。</p> <p>利用者には自治会全体集会で、家族には機関誌を利用し周知が図られています。</p> <p>また、ホームページ、パンフレット、機関誌等にも記載され、広く地域に対しても周知が図られています。</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>老施協（全国・中国・鳥取県）・鳥取県養護老人ホーム部会・鳥取県の情報や老施協機関誌・福祉新聞等により動向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され地域状況を把握・分析されています。</p> <p>経営状況は、毎月の法人経営会議で報告し、分析が行なわれています。その結果について施設長より、毎月の職員会議で報告され職員に周知が図られています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月の法人施設長会議に於いて、施設の経営状況を報告・分析が行なわれ、課題について協議され明確化されています。</p> <p>施設長会議の結果を基に毎月の職員会議（看護、介護会議、厨房会議等）で報告され、課題について検討され改善に取り組まれています。</p> <p>会議に参加できなかった職員は会議録で周知されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎年12月に理念・方針の確認を行い、中・長期のリスクの確認、問題点の解決・改善に向けた具体的な取り組みとなるように、施設の中・長期計画は策定されています。</p> <p>数値目標も明確化され、毎月の収益、支出執行状況、経常利益、前年年度との比較、経営指標等で評価が行われています。</p> <p>事業経営を取り巻く環境の変化等あれば運営会議で確認され随時見直しも行われます。</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>策定段階から全職員の意向を反映され、非実現化の内容内ならないように心掛け、内容も具体的な計画となるように努力されています。</p> <p>事業計画は、予め重点目標を定め、前年度の中間、期末の評価から次年度の課題を明確にされ、理念・方針を反映した内容で、安定した経営につながるように策定されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎年12月に全職員対象に次年度事業計画作成に向けてのアンケートを実施され、全職員の品質目標の集計を行ない施設としての評価・次年度の課題をまとめ計画に反省させておられます。</p> <p>各事業の実施にあたりPDCAの時期を明確にされ、進捗状況、分析を実施されています。</p> <p>各事業計画の評価、進捗状況も評価され目標達成度5段階評で見直しが行なわれています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者には、機関誌、館内掲示等により周知が図られています。</p> <p>毎週の自治会全体集会でも分かりやすい説明が実施されています。</p> <p>また、施設の努力目標等を掲げたり、利用者の意見を掲示したりと会議の内容を工夫することにより、会議参加者も増加し理解につながってきています。</p> <p>家族には家族会等で説明され、欠席の家族には機関誌を郵送しておられます。</p> <p>地域の方にも機関誌で周知が図られています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ISOを活用しPDCAサイクルに基づき評価・見直しが行なわれています。</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ります。</p> <p>ISO内部監査やサーベイランスも同様に機能しています。</p> <p>自己評価に全職員で取り組み、評価委員会、運営会議で検討した内容の施設としての自己評価を基に、毎年福祉サービス第三者評価を受審され、福祉サービスの質の向上を目指しております。</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>PDCAサイクルが機能されており、見直し作業も実施されています。</p> <p>評価結果については、職員に回覧され課題の共有が行われています。</p> <p>内部評価システムで、指摘のあった点については、是正予防実施手順に沿って各サービス向上委員会の課題として挙げ、改善が行なわれています。</p> <p>評価結果から明確になった課題を基に各サービス向上委員会で進捗状況結果等を明確化され改善に取り組まれています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>運営会議で年度の業務分掌を作成し明確にされています。</p> <p>年度当初の職員会議に於いて、本年度の施設の理念・方針を表明され、全職員で取組み他物方策や担当を明確にして周知が図られています。会議に参加できなかった職員には回覧で周知が図られています。</p> <p>係分担表は各部署に掲示され、各部署でも確認できるよう工夫されています。</p> <p>事業継続計画（BCP）が作成され、施設長の役割や不在時の代行者も明記され、事務所に設置され、いつでも見ることが出来ます。</p> <p>また、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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人方針や施設重点目標にもコンプライアンスの徹底が定められており、意識して取り組んでおられます。</p> <p>施設長は、日々起こるが約対や各種事故発生等を基に、取り組むべき事や関係法令を明確にされる事を心掛けてられます。</p> <p>遵守すべき法令等の研修に積極的に参加され、研修後職員会議にて内部研修で法令等の理解に努められています。福祉関連法令は事務所に設置し、ISO文書管理で明確化しておられます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月の職員会議で翌月の重点目標を具体的に明示し質の向上に取り組まれています。</p> <p>年間計画実行の為、6つの重点目標を策定し達成目標を明確化し、中間・期末で達成度を評価する仕組みも構築され、職員に周知が図られています。</p> <p>年間研修計画を作成され、外部研修、法人研修の参加、内部研修を実施され、福祉サービスの質の向上の取り組みに指導力を発揮されています。</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。     | a |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は毎月法人、施設の経営状況会議に参加され、施設の毎月の収支状況の分析結果を職員会議で報告し、課題や改善策を明確にされています。</p> <p>サービス向上委員会を設置し、各グループでリスクの検討、職場改善、業務の質の向上、利用者顧客満足等の取り組みも行われています。</p> <p>職員アンケート等を実施する等、職場環境の改善に綱月取組みも行われています。</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。 | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>体制図・組織図を基に、法令配置数を明確にし、毎月の施設長会議で採用・過不足状況を把握されています。</p> <p>人材確保は法人人事課で行なわれており、人事ヒアリングで適切な職員配置の検討がされハローワーク、各種専門学校、就職説明会等で、採用活動が行なわれています。</p> <p>事業計画の年間研修計画に沿って取り組まれ法人内研修、施設内部研修、外部研修に積極的に参加され人材の育成を図られています。</p> <p>法人教育研修委員会で職場環境や職員健康状態等を測定し、人材定着に取り組まれています。</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>会長の職員の心得をもとに法人が求める期待する職員像を明確にされています。法人教育研修の階層別研修で法人が求める職員層をより具体的に認識できるように周知されています。</p> <p>人事規定の中で、人事考課制度を活用しながら、職員へ周知が図られています。</p> <p>能力は職務基準書で明確に示され、求められる能力アップにもつながり、人材育成にも挙がっておられます。</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>職員に対しては、年1回身上報告書を提出と年3回の面接で意向確認が行なわれており、ワークバランスにも配慮がなされています。</p> <p>職員の就業状況について有給休暇の取得状況、時間外労働の時間数については、毎月確認されています。</p> <p>衛生管理委員会を設置され、疲労度蓄積度、職業ストレス、腰痛、メンタルケアに積極的に取り組まれ、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が整備されています。</p> <p>規則等は誰でも確認できるよう設置場所を決めておられます。</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>ISO手順書に従い育成計画表や目標管理で一人ひとりの目標を設定されています。</p> <p>年3回(5、9、1月)に目標面接を実施し、1年間の評価結果はフィードバックし育成に取り組まれています。</p> <p>今年度より個別に育成及び目標達成計画表作成し目標の内容や達成基準、スケジュール等を細かく設定し実施されています。</p> <p>9～10月頃に実施される中間面接にて、現在の目標進捗状況の報告や今後のスケジュールなどの確認が行われています。</p> <p>目標達成度は5段階評価され、本人と面接者との相互評価で面談時に確認されています。</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>法人が求める期待する職員像を明確にされており、職務基準書内に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>年間研修計画が策定されており、それを基に法人内研修、施設内研修や外部研修が積極的に行ない人材育成を図られています。</p> <p>職務基準書をもとに伸ばせる能力、足りない能力を明確にされ年1回評価後次年度の計画に反映されます。</p> <p>教育研修委員は定期的に評価を行ない指導等に活かされます。</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>職務基準や職員配置で専門資格の取得状況を把握され次年度の計画に反映されています。</p> <p>異動、新人教育にはOJTが実施され、定期的に評価も行われています。</p> <p>入社年数による階層別研修、認知症などのテーマ別研修へ参加されており、参加後は復命書の提出や必要に応じて伝達講習など行なわれています。</p> <p>外部研修参加予定者には事前に情報提供が行われ、参加を奨励されています。</p> <p>職員全員が年1回以上研修に参加できるよう配慮された計画にされており、特に専門職については、時間外の研修も多く配慮されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習生の受け入れ計画を作成し、実習生受入れ指針も整備されています。</p> <p>担当を明確にして積極的に取り組まれており、様々な実習生に対応する為に、指導者養成研修に参加し、知識習得も努めるようにしておられます。</p> <p>学校側とも情報共有を行いながら連携して実習が実施され、今年度は「新型コロナウイルス」の感染防止策を実施した上で、介護と看護の実習が実施されました。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人ホームページに於いて、理念・基本方針・事業計画・事業報告・予算・決算・第三者評価結果等が公開されています。</p> <p>苦情・相談体制や内容については、重要事項説明書に掲載し、施設内にも掲示する等して公表されています。</p> <p>施設の活動内容、事業内容を掲載した機関誌は、市内配布や各関係機関、地域の公民館等に配布されています。</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手順によるルールの明確化が実施されています。</p> <p>業務分掌で権限、責任について明確にされ、諸規定内に経理規定があり職員にも周知が図られています。</p> <p>会計監査人制度での会計監査を受けられ経営改善に努めておられます。</p> <p>また、内部経理監査、監事監査、行政実地検査も受審され、適正な経営運営に努めておられます。</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。                   | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域との連携について事業計画の重点目標に掲げて取り組んでおられます。</p> <p>例年は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、利用者との交流を図られています。</p> <p>また、地元保育園との交流もあり、月2回の体操交流や保育園の発表会や七夕まつりには、招待してもらい出掛けておられます。</p> <p>本年度については「新型コロナウイルス」の感染防止の為、地域の方との交流ができにくい状況ですが、コロナ禍の中でも出来る交流は実施されています。</p> <p>全市ごみゼロ一斉清掃やリサイクル活動には毎年取り組んでおられます。</p> <p>利用者の買い物支援については、地域の店で職員が買い物をして帰る形で対応されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>2020年度事業計画内に教育交流に関する内容を明文化されています。</p> <p>ボランティア受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>団体の登録簿、受付簿もあり、ボランティアに入られる前に施設の説明や守秘義務等についてオリエンテーションが実施されています。</p> <p>サマーボランティア、福祉体験等を受け入れており、受入れ計画を作成されています。</p> <p>本年度については「新型コロナウイルス」の感染防止の為、例年通りには受入れ出来ませんが、社会人と学生の受入れはされました。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>関係機関等のリストを作成され事務所に備えつけられ職員間で共有されておられます。</p> <p>また、地域資源の一覧表を作成し、掲示されています。</p> <p>倉吉市と年数回。県老人福祉施設連絡協議会、市内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され共通の問題に対して連携が図られています。</p> <p>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が行われています。</p> <p>地域に介護サービス事業所、団体があり、特にフォーマルケア、インフォーマルケアとのネットワーク化ができるようになり互いに連携できるようになってきました。</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。    | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域交流時の健康教室でアンケートを実施され地域の福祉ニーズを把握されています。</p> <p>県老人福祉施設連絡協議会、市内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>相談事業を通して、地域の福祉ニーズの把握に努めておられます。</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。 | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>倉吉市長寿社会課や他自治体と連携されサービスの狭間で困っている方の受入れを（入所・ショートステイ利用）広域的に実施されています。</p> <p>法人として公益的取り組み「えんくるり事業」に加入されています。</p> <p>リサイクル活動、リサイクルキャップ集め、小学校牛乳パック集めが行われています。</p> <p>地元小学校での認知症絵本教室の参加協力しておられます。</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が図られています。</p> <p>倉吉市と、災害時の受け入れが出来る災害協定を結んでおられます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設理念、基本方針を明文化され、「職員の心得」が掲示され、職員会議で周知に努めておられます。</p> <p>年度始めの職員会議で「福祉職員の職業倫理の基本」の話も行われます。</p> <p>コンプライアンス、人権、接遇マナー研修を実施され利用者の尊重や基本的人権の配慮が行われています。</p> <p>7月、12月に「虐待の芽チェック」調査を実施され集計・分析による課題把握を行い虐待防止の対応に繋がられます。</p> |                                                    |         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---|
| 29                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁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>プライバシー保護マニュアルを作成されており、入所時には利用者・身元引受人にプライバシーポリシーの説明を行い、同意を得ておられます。</p> <p>ISO 手順書の入浴介助手順・排泄手順書があり、その中に各場面でのプライバシー保護についての手順があり、手順書を基に研修を行い、共通理解が図られています。</p> <p>排泄介助時同室者に見られないようプライベートカーテンを設置されており、身障者用トイレにもプライベートカーテンを設置し、他の利用者や職員からの視線を遮っておられます。</p> <p>2名同室ですのでカーテンで仕切ることで、現状としての最善の方法となっています。</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、機関誌で情報提供され、市内各公民館へも機関誌を毎月配布されています。</p> <p>施設内に法人・施設理念や方針は分かりやすく掲示されています。</p> <p>見学にも随時対応されており、1日体験入所の受入れの体制も整っています。</p> <p>施設内容については、電話対応の場合も丁寧に分かりやすい説明を心掛けておられます。</p> <p>利用情報は適宜見直しをされ、最新情報を提供されています。</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>サービスの開始時に重要事項説明書を用いて本人・家族に説明をされ利用者・家族の同意を得ておられています。</p> <p>見直しカンファレンスにてサービスの変更があった場合にも、利用者・家族に説明を行い、同意を得ておられます。</p> <p>自立支援計画、処遇計画・特定施設サービス計画書を用いて利用者へ説明されています。</p> <p>他に週間表やオリエンテーションで分かりやすく説明しておられます。</p> <p>意思決定が困難な利用者に対しては、ISO 手順書に沿って家族カンファレンス時に家族の同意を頂かれます。家族が来られない場合などは郵送にて同意を頂かれます。</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>病院、他施設、事業所、自宅への移行の時は移行先の申し込みやフェイスシート、個別支援計画等で引継ぎの情報提供が行われています。</p> <p>ショートステイ利用者が退所の時は「退所連絡表」を関係者や家族等に渡されています。</p> <p>ISO 手順書に退所時対応手順書があり、入院される方には入院先の医療ソーシャルワーカーと連携され、他施設への変更は相談員と連携され家族の相談対応をされています。</p> <p>退所後のアフターケアについて、記載があり相談等に対応されます。</p>                                                   |                                                          |   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                             |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---|
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             |   |
| 33                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。    | a |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年2回満足度調査や年1回家族アンケートが行われ、調査結果は各サービス向上委員会で検討され改善活動に取り組まれています。</p> <p>週1回の自治会全体集会や定期生活相談（毎週火曜日13時15分～45分）が行われ、細やかな要望を伺う仕組みもあります。</p> <p>意見箱は週一度、中を確認され、投函があった場合には、タイムリーな対応を心掛け返答されます。</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>重要事項説明書に記載があり、入所時に本人・家族に説明されています。</p> <p>苦情解決委員会が設置されISO手順書（福祉サービス苦情解決処理要領）を基に、体制が整備されており、受付から解決まで手順が明確化されています。</p> <p>施設内に苦情解決の仕組みのポスター等を掲示し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>意見箱が設置され、利用者が苦情、意見を述べやすくされています。</p> <p>利用者、家族には「職員の誰でも意見を述べてください」と話をされています。</p> <p>苦情解決ポスターは利用者が集まりやすい談話コーナー付近に掲示されています。</p> <p>毎週火曜日に定期生活相談日を設け相談のある利用者が利用されており、相談日には一人ひとり個別で対応されています。また、</p> <p>毎週開催の自治会全体集会でも意見を述べる機会を設けられています。</p> <p>色々な形で意見が言えるような体制作りをされています。</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>&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より対応されています。</p> <p>利用者からの相談や意見は各サービス向上委員会で検討され、迅速に対応され解決内容は職員に周知されています。</p> <p>相談、苦情等の返答に時間がかかるときは利用者に説明、家族にもお知らせをされています。</p> <p>職員は夕方の引き継ぎ時は振り返り時間を持ち、苦情、お褒めの言葉を話し、共有するようにされています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画にリスク管理の重点目標を掲げられています。</p> <p>リスクマネジメント委員会は月1回開催されており、係分担表でリスクマネジメントの担当者が決められています。</p> <p>ISO手順書により事故・ヒヤリハット報告分析は手順に沿った報告書が作成され、手順書は研修で職員に周知されています。</p> <p>ヒヤリハット・事故報告の事例検証は会議録で職員に周知されています。</p> <p>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、再発防止策を検討され実施されています。</p> <p>気付きを養う研修も行なわれ安全確保、事故防止に取り組まれています。</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手順書に感染対策マニュアルがあり、研修等で職員に周知されています。</p> <p>感染対策委員会を設置され月1回会議を開催されおり、感染対策委員会で感染症発生時の役割等を記載された書面を各部署に掲示され、管理体制が整備されています。</p> <p>感染対策の研修も実施されており、利用者の研修も定期的に行われています。</p> <p>感染対策委員会でスタンダードプリコーションを作成され感染症発生時はそれぞれの感染対策のマニュアルに切り替えタイムリーな対応を行い、まん延防止に努められます。</p> <p>事例検討も実施されリスクの低減に努められています。</p> <p>感染症の発生した場合は看護師を中心に感染利用者の生活支援を他利用者と分離するなど適切に利用者の安全確保の取組が行われます。</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>事業継続計画（BCP）【全災害対策編】があります。（令和2年6月改訂運用開始）</p> <p>防災管理者を定め防災計画を作成されています。</p> <p>年間防災計画に沿って年3回防災避難訓練を実施され、地域消防団の協力を得て、利用者も参加され、内2回は夜間想定訓練を実施されています。</p> <p>利用者、職員の安否確認方法は職員会議で職員に周知されています。</p> <p>緊急連絡網に沿って職員の伝達訓練も実施されています。</p> <p>洪水避難計画の見直しがされました。</p> <p>備蓄リストがあり管理栄養士が管理されています。</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>利用者の尊重、プライバシー保護、権利擁護にかかわる姿勢が明文化されています。</p> <p>福祉サービスの各場面ごとに、ISO手順書が作成されおり、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>利用者個々の特性に応じた支援計画が作成され、個々のサービス内容を職員間で共有され支援が行なわれています。</p> <p>標準的なサービスが提供できるよう、随時研修で定着出来ているか確認が行なわれおり、新人、異動職員に対してはOJTで周知徹底されています。</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>各手順書は文書管理手順により毎年4月に各部門ごと確認、見直しを行われています。</p> <p>内部監査やサーベイランスでも福祉サービスの内容を見直しています。</p> <p>カンファレンス、他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、見直しが行なわれています。</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>統一した様式でアセスメント表を作成され、介護支援専門員、生活相談員が責任者としてサービス実施計画が適切に策定されています。</p> <p>利用者の解決すべき課題、具体的なサービス内容、種別と援助内容を明示されています。</p> <p>入所処遇計画、支援計画作成、介護保険変更手順に福祉サービス実施計画を実施されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>入所処遇計画、ケアプラン作成、変更手順に沿って実施されています。</p> <p>支援計画は、3ヶ月毎のミニカンファレンスで評価し、また6ヶ月毎に見直しカンファレンスが行われています。</p> <p>評価・見直しされた内容は、各部署に回覧され周知されています。</p> <p>状態変化が見られた場合は随時カンファレンスを開催され、評価・見直しが行われています。</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。 | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス経過記録、一般状態観察表、看護、介護日誌を統一した様式に記録されており、サービス経過記録に適切に記入されています。</p> <p>記録の標準化のため処遇記録手順を作成され記録が実施されています。</p> <p>サービス向上委員会で適切な情報が記録できるよう個人ケースファイルに身体状況、精神状況、生活の様子をフォーカスチャージング方式で記録され黒色（一般記録）、青色（介護計画）、赤色（看護記録）で色分けし内容が速やかに分かるように工夫されます。</p> <p>情報の分別や必要な情報が的確に確認できるよう引継ぎノート、ホワイトボードを活用されています。</p> <p>会議録等の回覧やサイボウズを活用して情報共有が行なわれています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>個人情報保護のため、ケースファイルの背表紙の名前を貼らないようにされ、廊下から名前が見えないような配慮をされています。</p> <p>品質管理リストにて保管責任者、場所、保管年数を明確にされています。</p> <p>職員は、入職時に個人情報保護規定について誓約書に同意、署名されています。</p> <p>個人情報保護規定を定め、随時研修も実施されています。</p> <p>利用開始時に時に利用者、家族に個人情報保護の説明を行い、同意を得ておられます。</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。 | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>定期的に生活相談を行われ心身の状態や生活について、希望の聴き取りが行なわれています。</p> <p>栄養相談日には嗜好や食事形態についての希望等も尋ねられ、食事や個々に応じた食事形態で安全な食事を提供されています。</p> <p>自治会全体集会では利用者の意見を伺い随時対応されています。また、利用者の希望に沿ったクラブ活動を行っています。</p> <p>自立の方でも介護サービスが必要になった利用者には介護認定の申請の手続きを行い継続して施設で生活ができるよう支援が行なわれていますが、地域生活移行は養護老人ホームでの生活が長く高齢になり、就労支援が難しいということもあり出来ない状況です。</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>日頃の会話の中から、利用者の希望・要望の聴き取りを行なうように心がけておられます。生活相談員や職員が居室を訪れた際にも確認するようにしておられます。</p> <p>会話は全員する事が可能で、難聴の方もおられますが、筆談なども行い対応しコミュニケーションが図られています。</p> <p>利用者の尊厳に配慮した接し方を心掛ける為の接遇研修も定期的実施されています。</p> <p>個別支援計画の見直しカンファレンス時に本人の希望を伺い個別支援計画に反映されています。</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>虐待防止対応手順に沿って対応する仕組みがあり、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されています。</p> <p>虐待の芽チェックを年2回実施され、不適性ケアの早期発見に努めておられます。</p> <p>虐待防止の研修、人権研修、接遇研修に参加され職員は理解、周知されています。</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>利用者の入所前の生活環境に配慮され居室環境を整えられています。</p> <p>居室掃除は利用者自身が行う事のできる方と職員と一緒に行動する支援が必要な方がおられます。</p> <p>ポータブルトイレは使用されている方もおられますが、使用後は清潔に保たれています。</p> <p>施設長は定期的に館内ラウンドを行い、環境測定を行っておられます。</p> <p>「新型コロナウイルス」や感染症の感染防止の徹底を行なわれ毎日の手すり消毒、掃除用具の消毒日を設けて実施、手洗い、指手消毒、うがい、マスク使用、定期的な換気、3密を徹底実施されています。</p> <p>委託で施設内の掃除が行なわれ清潔な環境整備を実施されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>I S O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心身の状況に合わせて検討、確認されています。</p> <p>週3回は入浴して頂けるようにされており、14時～16時に個浴の入浴支援が行なわれ、16時以降は3～4人の入浴が行われています。</p> <p>毎朝健康チェックや入浴前の検温で体調確認が行なわれており、体調不良時には翌日入浴や清拭に変更等が行なわれています。</p> <p>拒否の方には更衣の実施や声掛けの工夫等の配慮が行なわれています。転倒がないよう注意され支援が行われています。</p> <p>浴室、浴槽の掃除を毎回行なわれ感染症等に配慮されています。</p> <p>必要な方には、福祉用具の検討、実施されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>I S O排泄介助手順があり手順に沿って支援を行なわれており、支援の際にはプライバシーや羞恥心に配慮して支援が行なわれています。</p> <p>利用者の心身の状況に合わせ声掛け、見守り、トイレ誘導、自立、リハビリパンツにパット使用、パンツにパット使用、オムツ交換等の排泄の支援が行われています。</p> <p>カンファレンス等で支援内容の見直しを行い、温あん法や排便体操等個々に合わせた対応も行われています。</p> <p>必要に応じ排尿、排便の観察を行い確認をされています。夜間のみポータブルトイレを使用の方はトイレに行かれるとき転倒の恐れがあるため安全に配慮され利用されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人内のP T（理学療法士）等により身体状況を評価し、杖、歩行器、車椅子等個々にあわせた福祉用具を使用できるようにされています。</p> <p>定期的に介護職員による機器のチェックや清掃を実施され安全、安心して使用できるように心掛けておられます。</p> <p>職員と一緒に毎日体操をされ、転倒予防など機能向上に向けて15分間トレーニングも行われています。</p> <p>施設内の移動は身体状況にあわせ福祉用具の使用や見守り、声かけ、一部介助等で安全安心して移動ができるよう支援されています。</p> <p>カンファレンスやケアプラン会議、スタッフ会議等実施されケアの共有を図られています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>嗜好調査が実施されており、誕生会では該当の利用者の好物を取り入れたメニューで提供されています。</p> <p>昼食のうち週3回はメインが選択できたり、季節の食材を使用する等、季節感のある食事の工夫が行なわれています。</p> <p>例年、おやつ作り等の実演調理を行い、楽しんで頂かれていいましたが、今年度は「新型コロナウイルス」対策の為中止とされています。</p> <p>ISO給食衛生管理手順があり適切な衛生管理のもと食事を提供されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事前には口腔体操を実施し、嚥下機能等が考慮された利用者一人ひとりに合わせた食事形態で提供されています。</p> <p>また、利用者に合せた自助食器を活用されなるべく自力で食べられよう工夫されています。</p> <p>食事のペースにも配慮され、時間のかかる方には、早めに提供する等の工夫が行なわれています。</p> <p>カンファレンス時に食事についての見直しを行われ利用者が安全、安心に食事ができるよう取り組まれています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者にはST（言語聴覚士）による利用者、職員に向けた口腔研修が行なわれており、昼食前に口腔体操を行い口腔機能の維持に努められています。</p> <p>食後の歯磨き等、支援の必要な方には対応しておられます。</p> <p>定期的に衛生士の助言や指導は受けていませんが、異常があれば歯科受診され、通院できない方には訪問歯科を利用されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>褥瘡予防の為のガイドラインが作成されており、研修も実施されています。</p> <p>状態に合わせて体圧分散マットレス使用や離床、臥床のタイミングの検討、体位変換表の作成等を行い対応されます。</p> <p>看護師と介護職員が連携を取りケアにあたられます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ISO手順書に喀痰吸引手順があります。</p> <p>現在対象者はおられませんが、介護職員等による喀痰吸引の体制があります。</p> <p>施設内でも、看護師を中心に吸引の研修が実施されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の心身の状況に合わせた口腔体操、大腰筋体操、歩行訓練やくもん学習（脳機能活性化事業・認知症予防対策）等の介護予防の活動が継続して行われており、身体機能の維持、向上を観点しておられます。</p> <p>ケアプランに盛り込んで取組まれ、PT（理学療法士）の講習、評価も行なわれています。</p> <p>認知機能低下、機能低下等状態変化が見られる時は協力病院に通院されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員は、認知症ケアの研修に参加されています。研修後、伝達講習も行われており、全職員が理解されています。</p> <p>適切なアセスメントを行ない利用者の状況を把握した上で、多職種連携によるカンファレンスや各種会議で情報共有が図られ、支援が行なわれます。</p> <p>居室の目印やトイレの表示を分かりやすくする事や日々の生活中で何らかの役割を持って活動できるよう支援する等、一人ひとりの状況に応じて対応できるように努めておられます。</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を作成され、マニュアルに沿って対応されます。</p> <p>緊急時対応訓練やフィジカルアセスメント等の研修が行われています。</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>協力病院との連携体制も整っています。</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>職員に対して重度化・看取りについての研修は行われています。</p> <p>施設として看取りケアは行われていませんが、施設で対応出来る事はできる限り行ない、嘱託医等と連携を図り、入院のタイミング等を調整されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月の広報誌と共に担当職員が、施設内の日々の様子をお便りで報告されています。</p> <p>利用者に状態変化があった場合には、随時報告をされています。</p> <p>処遇計画・ケアプラン作成時には、家族カンファレンスも行い、意向・要望等の確認も行われています。</p> |                                    |         |