

福祉サービス第三者評価結果公表事項

①第三者評価機関名

社会福祉法人 愛媛県社会福祉協議会

②施設・事業所情報

| | |
|--------------------------------|------------------------------|
| 名称：ケアハウスれんげ | 種別：軽費老人ホーム |
| 代表者氏名：施設長 清家 浩之 | 定員（利用人数）： 30名（30名） |
| 所在地：西予市宇和町久枝甲1434番地1 | |
| TEL：0894-62-7116 | ホームページ：www.seiyofukushi.com/ |
| 【施設・事業所の概要】 | |
| 開設年月日 平成12年4月1日 | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 西予総合福祉会 | |
| 職員数 | 常勤職員： 9名 非常勤職員 3名 |
| 専門職員 | （専門職の名称） |
| | 看護師 2名 准看護師 1名 |
| | 介護福祉士 3名 社会福祉士 1名 |
| | 介護支援専門員 1名 |
| 施設・設備 | （居室数） （設備等） |
| の概要 | 居室28部屋（内夫婦部屋2室） 鉄筋コンクリート造2階建 |

③理念・基本方針

（法人基本理念）

（1）老人に生きがいを（2）障がい者には希望を（3）子どもには大きな夢を

（施設基本理念）

誰もが利用したくなるような施設・事業所づくり

（経営方針）

- ・ 施設理念に基づき、常に相手の立場に立ったサービスを提供し利用者お一人お一人を大切にします。
- ・ ケアハウスれんげ職員としての自覚を持ち向上心を高めて技能・知識の習得に努めます。
- ・ 地域に根差した施設作りを目標とし、事業所の利用率・利用者数の向上に努め、当期資金収支差額の黒字化を目指します。

(高齢者福祉サービス版)

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・特定施設入居者生活介護の事業を実施することで、将来に渡って心身共に安心して過ごせる介護サービスを提供している。
- ・地域のボランティア等の協力を得て日中活動を充実することで、施設での生活を楽しく過ごせる工夫をしている。

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|---|
| 評価実施期間 | 平成30年9月4日（契約日） ～ 平成31年2月13日（評価結果確定日） |
| 受審回数(前回の受審時期) | 初回（平成30年度） |

⑥総評

◇特に評価の高い点

ケアハウスれんげは、平成12年に開設、平成23年からは特定施設入居者生活介護の指定を受け、介護が必要になっても住み慣れた施設での暮らしが継続できるための体制を整備している。環境面でも、身体機能が低下した場合に備えた特殊浴槽や居室内に手すりを設置して、安全に配慮している。

また、ボランティアを活用した趣味活動を充実することで、日常生活の質の維持・向上に努めていることは高く評価できる。

◇改善を求められる点

地域と施設及び利用者とのさらなる交流を目指し、ボランティアを対象とした研修や支援の充実を期待したい。

地域の福祉人材の育成に資するために、積極的な実習生等の受入れを期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回初めて第三者評価を受審しました。職員一人一人が法人・事業所としての取組や日々行っているケアの質について見直す良い機会となり、今後の課題や改善点について多くのことに気づくことが出来ました。

今回の受審でご指摘いただきましたボランティアを対象とした研修や支援の充実、積極的な実習生の受入等について、これまで併設特養に一任の感がありましたが施設の役割として前向きに検討して行きたいと思えます。

今後も施設機能を十分に活用するとともに、職員一同更なる質の高いケアを目指し努力していきたいと思えます。

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。

第三者評価結果

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

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。 | Ⓐ・b・c |
| <コメント> 理念・基本方針は、ホームページ・館内に掲示されている。職員には職員会で周知、家族には入居時及び家族宛通知に記載して周知している。 | | |

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。 | Ⓐ・b・c |
| <コメント> 中・長期計画の検証を行い、事業経営をとりまく環境と経営状況の把握に努めている。 | | |
| 3 | I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。 | Ⓐ・b・c |
| <コメント> 法人全体の幹部会・施設長会・老人事業部会で課題を共有し、各委員会で具体的な取り組みを検討している。また、職員会で職員に周知して取り組みを進めている。 | | |

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。 | Ⓐ・b・c |
| <コメント> 西予市高齢者福祉計画等を踏まえて、中・長期計画を策定している。計画は短期・中期で検証を行い、取り組み状況の確認がなされている。 | | |

(高齢者福祉サービス版)

| | | |
|---|---|-------|
| 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・b・c |
| <p><コメント></p> <p>中・長期計画の検証を行い、その内容を単年度事業計画に反映している。今年度の事業計画では、日中活動の充実、認知症ケア及び身体介護力の充実を挙げている。</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・b・c |
| <p><コメント></p> <p>各職員が設定する目標を集約して、事業計画に反映している。計画期間中の見直しは、職員会で実施している。</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・b・c |
| <p><コメント></p> <p>毎月開催するケアハウス会で、利用者等に周知している。今後は事業所内での掲示、家族等への配布など周知の工夫に期待したい。</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・b・c |
| <p><コメント></p> <p>併設する特別養護老人ホームと合同で、リーダー会議・ケア向上委員会・運営委員会を毎月開催して、ケアの向上に努めている。また、法人による内部監査の実施に加え、今年度は第三者評価を初めて受審することで、適切な運営に努めたいと考えている。</p> | | |
| 9 | I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取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・b・c |
| <p><コメント></p> <p>本人・家族向けアンケートの実施、さらに法人が設置する運営協議会等の助言をもとに、課題の明確化と改善に努めている。今後は、第三者評価を受けることで明確になる課題についても、改善に向けた取組みがなされることを期待したい。</p> | | |

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

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。 | Ⓐ・b・c |
| ＜コメント＞ 事業計画書に施設長の役割と責任について明記するとともに、職員会で表明している。 | | |
| 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。 | Ⓐ・b・c |
| ＜コメント＞ 施設長は、法令遵守に関する研修等に参加し、職員会にて遵守すべき法令等について職員に周知している。 | | |
| 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。 | Ⓐ・b・c |
| ＜コメント＞ 職員会・運営委員会等に参加して、福祉サービスの質向上に向けた研修会の提案や改善案を提言している。 | | |
| 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・c |
| ＜コメント＞ 利用者の重度化に対応するために、特殊浴槽の設置など生活環境の改善や業務の見直しに取り組んでいる。また、主任が実施する職員面談の結果を受け、適宜に個別面談を実施して職員の意見を聴取している。 | | |

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・c |
| ＜コメント＞ 法人の中・長期計画に基づいて、就学支援制度の設置及び職場定着プログラムを実施し、福祉人材の確保・定着に向けた取組みを実施している。 | | |

| | | |
|---|---|-------|
| 15 | Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント> 期待する職員像が示された冊子を全職員に配布し、法人が定めた人事制度に基づき人事管理が行われている。</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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント> 法人として「心の健康づくり計画」を定め、ワークライフバランスの推進、メンタルヘルスケアに取り組んでいる。また、職員アンケートの実施、産業カウンセラーによる電話相談が受けられる体制を整備している。</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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント> 採用時に法人が求める人材像を明記した資料を配布して、周知を図っている。また、毎年度末に面接を行い、次年度の個人目標を設定し、現場の指導担当者がサポートしている。</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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント> 中・長期計画、単年度事業計画に基づき、研修が実施されている。</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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント> 新任職員・中堅職員・管理者等に向けた階層別研修、各専門研修を法人内で開催している。また、外部研修にも積極的に職員を派遣し、受講内容は職員会で発表して共有している。</p> | | |
| Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。 | | |
| 20 | Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。 | a・㉑・c |
| <p><コメント> 現在、実習生を受入れていないが、実習マニュアルを策定し、受入れ体制を整備している。今後は、積極的な実習の受入れ及び指導担当職員を対象とした研修の実施を期待したい。</p> | | |

II-3 運営の透明性の確保

| | | 第三者評価結果 |
|--|---|---------|
| II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。 | | |
| 21 | II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>法人の定款・役員名簿・役員報酬規程、事業計画及び報告、予算・決算の状況をホームページに公開して、運営の透明性の確保に努めている。</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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>平成29年度から、監査法人による外部監査を実施している。また、法人事務局による内部監査を実施して、公正かつ適切な運営に努めている。</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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>地域への外出行事の他、敬老会や作品展など地域で開催される年中行事への参加を支援している。毎年7月には、地域の婦人会の協力を得て夏祭りを開催している他、定期的に町内の保育園と交流する機会を設けて地域との関係を確保している。</p> | | |
| 24 | II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。 | a・㉑・c |
| <p><コメント></p> <p>ボランティアマニュアルを整備して、ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にしている。日常的に、地域のボランティアによるクラブ活動を実施することで、地域交流の機会を設けている。今後は、地域と施設及び利用者とのさらなる交流を目指し、ボランティアを対象とした研修や支援の充実を期待したい。</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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>西予市社会福祉協議会が主催する情報共有システム「kintone」に参加して、関係機関と情報を共有している。また、市内にある他の社会福祉法人と連絡会を開催し連携を図っている。</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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>中高齢者を対象とした介護補助業務講習会の開催、地域清掃活動への職員派遣等を行っている。また、地域の福祉避難所としての指定を受けており、災害時の地域における役割が明確になっている。</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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>今年度、県内の福祉系大学と協働で「福祉開発フィールドワーク」に取り組み、地域の福祉ニーズの把握に努めた。</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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>利用者を尊重した福祉サービスを提供する姿勢を明示し、年3回の研修を開催して職員の意識向上を図っている。</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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>法人の倫理規程にプライバシー保護に関する事項を定め、職員研修を実施して周知徹底を図っている。また、介護場面におけるプライバシー保護について、各職員が自己点検する仕組みを設けている。</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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>施設見学には随時対応、体験入所にも対応して情報を提供している。また、法人のホームページでは、運営に関する事項をはじめ、日々のサービス状況を発信している。</p> | | |

| | | |
|--|---|-------|
| 31 | Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。 | ㉠・b・c |
| ＜コメント＞ 利用開始時に、重要事項説明書及び契約書に基づく説明が実施されている。また、必要に応じて成年後見制度の説明を実施している。 | | |
| 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。 | ㉠・b・c |
| ＜コメント＞ 退所後の支援について重要事項説明書に明記されており、移転先への情報提供は医療・介護に関する情報を整理して適切に提供されている。 | | |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。 | | |
| 33 | Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。 | ㉠・b・c |
| ＜コメント＞ 毎月開催するケアハウス会に職員が参加し、利用者からの意見を汲み取っている。また、利用者アンケートを実施して、利用者満足の上昇に努めている。 | | |
| 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。 | ㉠・b・c |
| ＜コメント＞ 苦情解決に関する事務取扱規程が整備され、適切に対応する体制が整備されている。現時点では苦情に該当する事例は発生していないが、個別の要望に対してはその都度適切に対応している。 | | |
| 35 | Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。 | ㉠・b・c |
| ＜コメント＞ 意見箱の設置、利用者が参加するケアハウス会を毎月開催し、利用者が施設に要望を伝える場を設けている。 | | |
| 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。 | ㉠・b・c |
| ＜コメント＞ 意見箱の設置の他、意見を言いやすい雰囲気作りに努めている。利用者からの相談には、相談を受けた職員が迅速に対応している。 | | |

| | | |
|--|--|-------|
| 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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>法人内にリスクマネジメント委員会を設置して、リスクマニュアルを作成している。また、年に一度「安全を考える日」を設け、法人の内部監査室が安全点検を行っている。事故報告書は、施設全体で検討会を開催して対策を講じている。</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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>感染症の流行時期は、感染症対策指針及びマニュアルに沿って施設内消毒を行い、感染症予防に努めている。また、年2回の感染症対策研修を開催することで、職員の予防意識の啓発及び感染対策の徹底に努めている。</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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>消防・原子力災害・地震・風水害に関する防災計画を策定、リスクマネジメント委員会で定期的な見直しと訓練を実施している。また、災害発生後に事業の継続や復旧を図るための事業継続計画も策定している。災害時の備蓄品は、利用者分に加えて地域住民用5日分の食料も備蓄している。</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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>法人が作成した介護マニュアルを全職員に配布し、新人職員にはファーストステップ研修、セカンドステップ研修等を実施して周知徹底を図っている。また、人事考課によるスキル評価を実施して、サービスの標準化に努めている。</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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>主任及び指導担当者はサービス提供の現状を確認し、リーダー会及び運営委員会で検討して必要な見直しを行っている。見直した内容は、サービス提供現場の主任及び指導担当者が、実施に際しての検討を行い職員に周知している。</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。 | ㉠・b・c |
| ＜コメント＞ 利用者一人ひとりについて、定められた手順でアセスメントが行われている。また、利用者の状況把握及び家族の意向を踏まえた、福祉サービス実施計画が適切に策定されている。 | | |
| 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。 | ㉠・b・c |
| ＜コメント＞ 福祉サービス実施計画は、毎月末にモニタリングを実施し、利用者・家族の意向を伺い定期的に見直されている。 | | |
| 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、職員間で共有化されている。 | ㉠・b・c |
| ＜コメント＞ 記録はパソコンで管理され、記録システムを活用して共有している。記録内容は職員会で検討して、ケアプランに反映している。 | | |
| 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。 | ㉠・b・c |
| ＜コメント＞ 利用者に関する記録は、利用目的を明示して同意を得た上で収集され、規程に基づき管理されている。また、個人情報の取扱いに関しては、入職時に説明資料を配布して周知徹底している。 | | |

A-1 生活支援の基本と権利擁護

A-1-(1) 生活支援の基本

| | 第三者評価結果 |
|--|---------|
| A① A-1-(1)-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。 | Ⓐ・b・c |
| A② A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。 | 非該当 |
| A③ 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・c |
| A④ 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。 | Ⓐ・b・c |

所見欄

ボランティア講師による趣味活動、季節ごとの行事や買い物等の行事が企画されている。レクリエーションには料理作り等もあり、心身状況に合わせて参加できるようになっている。

コミュニケーションを円滑に進めるために、居住環境への配慮や接遇マナーの向上、認知症に関する知識の習得等に努めている。

A-1-(2) 権利養護

| | 第三者評価結果 |
|--|---------|
| A⑤ 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。 | Ⓐ - c |

所見欄

虐待及び身体拘束を防止するための指針を整備し、身体拘束適正化検討委員会を毎月開催して、権利侵害の防止と早期発見に努めている。また、利用者からの相談には居室で対応する等、プライバシーに配慮して対応している。

A-2 環境の整備

A-2-(1) 利用者の快適性への配慮

| | 第三者評価結果 |
|--|---------|
| A⑥ A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。 | Ⓐ・b・c |

所見欄

施設内は、日頃から職員による清掃が行き届き、清潔が保たれている。共用スペースでは、屋外の景色が見えるようにテーブル配置を工夫したり、季節ごとに展示物を変えたりして快適に過ごせるための配慮がなされている。また、身体状況の変化に応じて居室に手すりを設置するなど安全面にも配慮している。

A-3 生活支援

A-3- (1) 利用者の状況に応じた支援

| | 第三者評価結果 |
|---|---------|
| A⑦ 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。 | ㉑・b・c |
| A⑧ A-3-(1)-② 排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | ㉑・b・c |
| A⑨ 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。 | ㉑・b・c |

所見欄

入浴支援について、特殊浴槽を導入し、身体機能が低下した場合でも安心して入浴できる環境を整備している。入浴日・回数等は利用者の希望に応じて、臨機応変に対応している。

排泄支援について、食事内容を工夫し自然排便を促す取組みを行っている。

移動支援について、居室内は安全にトイレまで移動できるように、手すりを設置して自立を支援している。また、身体状況に合った福祉用具をできる限り安価に購入できるように提案している。

A-3- (2) 食生活

| | 第三者評価結果 |
|--|---------|
| A⑩ A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。 | ㉑・b・c |
| A⑪ A-3-(2)-② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | ㉑・b・c |
| A⑫ A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。 | a・㉑・c |

所見欄

嗜好調査に基づき、食事を提供している。利用者が楽しく食事を食べられるために、季節ごとの行事食の他、おやつ作りなど利用者が調理できる機会を設けている。

食事形態については、本人の身体状況に応じて提供している。

毎食後に口腔ケアを実施、口腔機能の維持に努めている。職員には日々の実践を通して、実施方法の指導を行っているが、今後は研修会も開催したいと考えている。

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア

| | 第三者評価結果 |
|--------------------------------|---------|
| A⑬ A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。 | ㉑・b・c |

所見欄

現在は褥瘡発生のリスクがある利用者はいないが、身体状況に応じて耐圧分散マットの使用や体位変換を実施して、褥瘡の発生を予防している。

A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養

| | 第三者評価結果 |
|--|---------|
| A⑭ 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。 | 非該当 |

所見欄

非該当：介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施していないため

A-3-(5) 機能訓練、介護予防

| | 第三者評価結果 |
|--|---------|
| A⑮ 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。 | ㉑・b・c |

所見欄

機能訓練指導員により、身体機能に合わせた機能訓練をケアプランに反映している。日常生活動作やレクリエーション活動を通じた機能訓練、機能低下を予防する活動が行われている。

A-3-(6) 認知症ケア

| | 第三者評価結果 |
|-----------------------------------|---------|
| A⑯ A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。 | ㉑・b・c |

所見欄

できるだけこれまで通りの生活が維持できるように、認知機能の状態に合わせた援助を行っている。また、認知症及び接遇に関する研修を開催して、認知症ケアのスキルアップに努めており、認知症の方が安心して生活できるように、利用者の話を傾聴する姿勢と丁寧な言葉掛けに努めている。

A-3-(7) 急変時の対応

| | 第三者評価結果 |
|--|---------|
| A⑩ 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。 | ㉑・b・c |

所見欄

急変時の対応方法については、緊急時対応マニュアルが整備されており、職員会で周知している。体調変化時は主治医及び家族に連絡し、速やかに医療機関の受診につながるよう日頃から利用者情報の整理を行っている。

A-3-(8) 終末期の対応

| | 第三者評価結果 |
|--|---------|
| A⑩ A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。 | 非該当 |

所見欄

非該当

A-4 家族等との連携

A-4-(1) 家族等との連携

| | 第三者評価結果 |
|---------------------------------------|---------|
| A⑩ 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。 | ㉑・b・c |

所見欄

毎月、近況を記載した手紙を郵送している。また、利用者の状況が変化した場合には、迅速に対応し連携を図っている。今後は、家族も参加できる行事を計画し、家族との連携強化を図りたいと考えている。

A-5 サービス提供体制

A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制

| | 第三者評価結果 |
|--|---------|
| A⑭ A-5-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。 | 非該当 |

所見欄

| |
|-----|
| 非該当 |
|-----|