

(別記)

## 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：養護老人ホーム 寿楽荘              | 種別：養護老人ホーム                     |
| 代表者氏名：施設長 横山 和郎             | 定員（利用人数）：50名（50名）              |
| 所在地：宇和島市保田甲798番地            |                                |
| TEL：0895-49-2828            | ホームページ：www.nanpu.or.jp         |
| 【施設・事業所の概要】                 |                                |
| 開設年月日：昭和25年7月1日             |                                |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：宇和島地区広域事務組合 |                                |
| 職員数                         | 常勤職員 25名（内兼務10） 非常勤職員 4名（内兼務2） |
| 専門職員                        | （専門職の名称）                       |
|                             | 看護師 1名 栄養士 1名                  |
|                             | 介護福祉士 8名                       |
| 施設・設備<br>の概要                | （居室数）50室 （設備等）                 |
|                             | 個室50室 鉄筋コンクリート造3階建て（1階部分）      |

### ③ 理念・基本方針

#### 【基本理念】

「笑顔を忘れず、思いやりとやさしさがあり、明るく家庭的な雰囲気のある施設を目指します。」

#### 【基本方針】

- ・入所者の自立と尊厳を大切にし、入所者の思いに添った生活を支援します。
- ・入所者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立ったサービスを提供し、個人情報並びにプライバシーの保護と生活の質の向上に努め、心豊かな生きがいのもてる施設づくりに取り組みます。
- ・地域社会の一員として、地域や家庭との結びつきを重視するとともに、他機関との連携を図り、地域の福祉向上に努めます。

④施設・事業所の特徴的な取組

利用者の自立支援に向け、地域交流室を活用した機能訓練や生活リハビリ、さまざまなクラブ活動に積極的に取り組んでいる。また利用者の相談や要望にすぐに対応し、改善に向けた取組みを行っている。さらに、利用者の心豊かな生きがいのもてる生活を実現するため、地域との連携や交流を深めるよう努力している。

⑤第三者評価の受審状況

|               |   |
|---------------|---|
| 評価実施期間        | 平成29年9月11日(契約日) ~<br>平成30年3月9日(評価結果確定日) |
| 受審回数(前回の受審時期) | 3回(平成25年度)                              |

⑥総評

◇特に評価の高い点

平成28年に現在の場所に新築移転した。全室個室であり、衛生的で安全な環境が整備されている。職員は、利用者の尊厳の保持、自立支援、家庭的な生活を意識しながら、組織的にサービスの質の向上に取り組んでいる。また利用者は、機能訓練や生活リハビリ等を通して自立的な生活が継続できている。

管理者をはじめ職員全員が、「自立の施設」という意識をもち、利用者のニーズに基づいたサービスを提供するよう努力を続けている。

◇改善を求められる点

当施設独自の中・長期計画に基づいた事業計画の策定、評価・見直しの取組み、さらに利用者や家族への周知・理解の工夫を期待したい。

また、リスクマネジメント体制において、ヒヤリハットを含めた定期的な評価や見直しを期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

日々仕事の見直しを行い、入所者の心に寄り添って経営安定を図り与えられた環境を最大限に生かして職員一同努力して参りたい。

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。

## 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   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>過去の第三者評価受審後に委員会を立ち上げて、当施設独自の理念を作成し、それに基づいて施設運営を行っている。利用者や家族へは掲示板で周知し、入所時に説明を行い文書も渡している。また玄関に掲示し周知を図っている。職員へはパソコンの掲示板に掲載し、いつでも目を通せるようにしている。</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・Ⓑ・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月の施設稼働率表を作成し管理している。行政等から情報を得ながら進めているが、急な退所等は収入状況に直結するため、安定的な稼働率を保つことが課題となっている。</p>  |   |         |
| 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。       | a・Ⓑ・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用状況を日ごとに把握し、稼働率等は会議で職員へ周知している。行政や病院の地域連携支援室、地域包括支援センター等への働きかけを行っている。</p> <p>地域の方々に選んでもらえるような施設にするため、日常の支援や羞恥心への配慮等、サービスの質の向上に取り組んでいる。</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・ <b>b</b> ・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設設備面での計画は整備されている。今後は、施設独自の中・長期的なビジョンや収支計画を明確にし、その策定を期待したい。</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・ <b>b</b> ・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>中・長期計画に基づいた単年度の施設設備計画がある。資格取得の計画、防災対策の計画等は単年度計画が示されているが、中・長期計画に基づいた策定を期待したい。</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>b</b> ・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は、代表者会や職員会で話し合われ、意見を集約し、職員会や回覧等で周知している。施設設備等以外の計画や評価・見直しについても、取り組まれることを期待したい。</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>b</b> ・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者や家族に対して、入所時に説明しているが十分でない。行事への参加は、掲示板や朝礼で行われている。今後は事業計画の周知・理解の工夫を期待したい。</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>b</b> ・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>第三者評価の受審は今回で3回目である。前回の受審後、委員会を立ち上げ、代表者会等で話し合っている。</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>b</b> ・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>今回も正規・パート職員を含め全員で自己評価に取り組んだ。評価結果の課題や改善計画を職員間で共有し実施している。</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   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「職員事務分掌表」に管理者の職務内容が明文化されている。現状把握に努めながら、職員と連携し運営に携わっている。また、毎日施設内を回り、利用者に声をかけている。朝礼や清掃、委員会にも積極的に参加している。</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・Ⓑ・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は今年度からの就任である。事務組合が作成したマニュアルの確認、インターネットでの情報収集等を通して理解に努めている。</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・Ⓑ・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員との面談や諸会議への参加等を通して、サービスの質の向上のための意見収集に努めている。また利用者からの要望等の解決に努めている。</p>                                     |  |         |
| 13   | Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。     | Ⓐ・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員会等で稼働率のアップや節約、施設としての考え方等を職員に説明し、組織としての取組みに指導力を発揮している。</p>   |  |         |

### Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

|   |  | 第三者評価結果 |
|---|--|---------|
| Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。   |  |         |
| 14  | Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。 | a・Ⓑ・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>人員配置や採用計画は事務組合が行っている。配置計画については具体的な計画があり、次年度の配置も決定している。</p> |  |         |

|   |   |                |
|---|---|----------------|
| 15  | Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。                                | a・ <b>b</b> ・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事務組合で人事基準を明確に定めている。平成30年度から新たな人事評価制度の運用が始まる。現在は試行運用中であるが、今後の取組みに期待したい。</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・ <b>b</b> ・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>できる限り職員の意向を反映した勤務調整を行っている。健康面については、細やかな報告に努め、早期に対応している。メンタルヘルスについては、相談できる体制を整え、定期的なストレスチェックを行っている。</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。                         | a・ <b>b</b> ・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>新しい人事評価制度に向け試行運用中である。職員の面談を行い、職員個々の意識の向上につながる良い機会となっている。今後の取組みに期待したい。</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・ <b>b</b> ・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事務組合全体、施設内、施設外、部会ごとの研修に参加する機会があり、現任研修と接遇研修が全員参加の研修として計画されている。また、好評を得た研修は、次年度の研修計画にも反映させている。</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。                       | a・ <b>b</b> ・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員へ研修の情報提供を行い、できる限り参加を促している。また職員から希望する研修内容の聴取も行い、計画に反映できるよう努めている。職種別、階層別、テーマ別の研修を実施している</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・ <b>b</b> ・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事務組合の実習受け入れマニュアルはあるが、15年以上、実習生の受け入れ実績がない状況である。</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。       | Ⓐ・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>第三者評価の受診結果を公表し、情報公開している。地域や家族に向けて、広報誌を年4回発行予定である。事務組合としてホームページの充実を期待したい。</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・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>評価外</p>  |   |         |

## II-4 地域との交流、地域貢献

|  |   | 第三者評価結果 |
|--|---|---------|
| II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。  |   |         |
| 23   | II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。                   | a・Ⓑ・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>寿楽祭を開催し、地域との交流に努めている。また、地域住民のボランティアを積極的に受け入れ、お楽しみ会やミニ遠足を計画して地域に出向いている。近隣の商店、自治会長や民生委員とのつながりも深めつつある。</p>                   |   |         |
| 24   | II-4-(1)-② ボランティア等の受け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・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティア受け入れマニュアルを作成し、積極的に受け入れている。</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・Ⓑ・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>行政や介護支援専門員とは定期的に連絡を取っている。また、医療機関のリストも整備し、往診や通院等連携を図っている。</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。                    | a・Ⓑ・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>新築移転したばかりのため、施設の機能を還元する取組みは始まったばかりである。直近では利用者を対象に、歯科衛生士による口腔ケア教室を地域交流スペースで開催した。また陶芸ができる楽焼き室があるため、陶芸教室を一般開放したいと計画している。</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。 | a・ <b>②</b> ・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域の福祉ニーズに基づいて、行政からの情報も得ながら、公益的な活動に取り組むことが望まれる。</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。        | <b>①</b> ・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者をはじめ職員全員が、「自立の施設」という意識をもち、利用者の意見に基づいたサービスを提供している。また事故を防ぎ、利用者が安心してゆったり生活できるように支援している。</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。         | <b>①</b> ・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>居室は全て個室であり、利用者のプライバシーが確保できる環境である。職員は居室に入る際必ずノックをし、一呼吸おいて入るようにしている。またプライバシー保護等に関するマニュアルの整備、虐待防止委員会の開催等、権利擁護に配慮したサービスを提供している。</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。             | a・ <b>②</b> ・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>体験入所はできないが、見学を実施し、施設や設備の情報を提供している。積極的な情報提供の工夫を期待したい。</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>①</b> ・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービスの開始や変更時には、利用者や家族に説明を行い、同意を得ている。</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・ <b>②</b> ・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>行政と連携を図り、特別養護老人ホーム等への引き継ぎを行っている。引き継ぎ文書を整理、関係機関に情報提供し、サービスの継続性に配慮している。</p>   |   |                |



|  |  |                |
|--|--|----------------|
| 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。            | a・ <b>b</b> ・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>定期的に嗜好調査を実施し、給食会議で話し合い改善に取り組んでいる。また、利用者の自治会、利用者との面談や普段の生活の中から要望を聞き、利用者満足の上昇を目指して対応している。</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。                 | <b>a</b> ・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「苦情解決に関する事務取扱規程」を整備し、苦情解決の仕組みが確立している。仕組みについては施設内に掲示し周知している。</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、利用者等に周知している。         | a・ <b>b</b> ・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>面談室や居室等、利用者が相談しやすい環境を整備している。相談する相手も利用者が選ぶことができ、すぐに対応できる体制が整っている。</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・ <b>b</b> ・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>意見箱を設置しているが、直接申し出る利用者が多い。意見や要望について、すぐに解決できるものは、職員間で話し合い対応している。解決に時間を要するものは、利用者へ説明を行い、苦情解決委員会等で検討している。</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・ <b>b</b> ・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事故防止委員会を設置し、事故報告書等の分析を行い検討している。特に転倒については、危険度をアセスメントし対応している。今後はヒヤリハットを含めた、定期的な評価や見直しを期待したい。</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。 | <b>a</b> ・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症に関するマニュアルを整備し、職員への周知徹底を図っている。</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。           | <b>a</b> ・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>防災に関する規程や防災計画を整備し、食料の備蓄や防災訓練も実施している。</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。 | a・ <b>b</b> ・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>標準的な実施方法が明文化されている。各委員会や職員会、カンファレンス等で共有化を図っている。職員がいつでも閲覧できるような工夫を期待したい。</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。               | <b>a</b> ・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>各委員会で、標準的な実施方法の見直しを行っている。また変更等は個別支援計画に反映させている。</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>a</b> ・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>相談員と担当職員が中心となり、アセスメントを実施し、利用者のニーズをもとに、個別支援計画を作成している。サービス担当者会議では、支援内容の根拠を明確にするよう努めている。</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。                | <b>a</b> ・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>6か月ごとにサービス担当者会議を行い、見直しをしている。また、状態変化に伴う随時の見直しも行っている。</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、職員間で共有化されている。   | <b>a</b> ・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス実施状況の記録が適切に行われ、パソコンのネットワークシステムを利用して全職員で情報を共有することができている。</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。                      | <b>a</b> ・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個人情報保護の規程を整備し、記録等個人情報の管理が適切に行われている。守秘義務の遵守についても、職員に周知が図られている。</p>                         |   |                |

## 1 支援の基本

|    |                                      | 第三者評価結果 |
|----|--------------------------------------|---------|
| 46 | 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   |
| 47 | 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

一人ひとりに応じた日課表を作成し、朝礼で当日の予定を伝えている。地域交流室に平行棒やエアロバイクを設置し、自由に機能訓練ができる環境を整えている。また種々のクラブ活動を盛んに行っている。

接遇研修を受け、礼儀正しい対応に努めている。また利用者の障害等に応じたコミュニケーションを工夫している。

## 2 身体介護

|    |                                   | 第三者評価結果 |
|----|-----------------------------------|---------|
| 48 | 2-① 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | Ⓐ・b・c   |
| 49 | 2-② 排泄介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。     | Ⓐ・b・c   |
| 50 | 2-③ 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。    | a・Ⓑ・c   |
| 51 | 2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。                | Ⓐ・b・c   |

### 所見欄

入浴は基本的に週3回あり、利用者の身体状況に合わせて実施している。見守りの方へは、プライバシー保護にも配慮している。介助が必要な利用者は少数ではあるが、満足してもらえるように支援している。

排泄はトイレに誘導し自立を促すなど、利用者の状況に応じた対応を心がけている。ポータブルトイレの場合は、居室の臭いにも注意をしている。失禁等のある利用者へは、羞恥心に配慮しながら支援している。

利用者の身体状況に応じて、杖・歩行器・車いすを試用してから、その人に合った物をレンタルしている。車いすの移乗等は、自立に向けた工夫を行っている。また転落・転倒防止に努め、個別リハビリも行っている。

現在、褥瘡の利用者はいない。入浴時、トイレ介助の際に皮膚の観察を行っている。

### 3 食生活

|    |                                    | 第三者評価結果 |
|----|------------------------------------|---------|
| 52 | 3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。          | Ⓐ・b・c   |
| 53 | 3-② 食事提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | Ⓐ・b・c   |
| 54 | 3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。          | a・Ⓑ・c   |

#### 所見欄

家庭で食べられるようなメニューを基本にしている。定期的に嗜好調査を行い、選択食を年3回実施している。

嚥下状態が悪い利用者にも、できる限り他者と同じ物が提供できるよう、ソフト食（柔らかい食事をつぶしてペースト状にし、とろみ剤などを加えて形よく固めた食事）の対応も可能である。便秘の方には食物繊維の規定量を守って提供している。

歯科医と歯科衛生士が週1回来訪し、利用者の口腔状態チェックを行っている。今後は、口腔機能の保持・改善の取組みを期待したい。

### 4 終末期の対応

|    |                                 | 第三者評価結果 |
|----|---------------------------------|---------|
| 55 | 4-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。 | a・b・Ⓒ   |

#### 所見欄

事務組合による「看取りに関する指針」は整備されている。日頃から協力医療機関との連携が図れているが、終末期の対応ができる体制整備は厳しい現状である。

## 5 認知症ケア

|    |                                       | 第三者評価結果        |
|----|---------------------------------------|----------------|
| 56 | 5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。              | a・ <b>b</b> ・c |
| 57 | 5-② 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。 | a・ <b>b</b> ・c |

### 所見欄

認知症の利用者は増加傾向にある。利用者の状態に応じて個別に対応し、落ち着いて生活できるよう配慮している。認知症実践者研修に参加できない現状であり、その他の研修に参加し、最新の知識や情報を得ている。

できるだけ自由に動いてもらえるように、危険な物は眼に触れない場所に保管する等、安全な環境を整えている。

## 6 機能訓練・介護予防

|    |                                     | 第三者評価結果       |
|----|-------------------------------------|---------------|
| 58 | 6-① 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。 | <b>a</b> ・b・c |

### 所見欄

地域交流室での平行棒の使用等、積極的に声かけをしている。また掃除や洗濯等も利用者が自主的に実施できるよう、予防活動や生活リハビリとして個別支援計画の中に取り入れている。

## 7 健康管理・衛生予防

|    |                                     | 第三者評価結果       |
|----|-------------------------------------|---------------|
| 59 | 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ている。 | <b>a</b> ・b・c |
| 60 | 7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。             | <b>a</b> ・b・c |

### 所見欄

緊急時対応のフローチャートがあり体制は整っている。看護師は投薬管理についての注意点、誤薬防止などを職員に伝えている。

感染症の注意報や警報は申し送りで伝えるとともに、パソコンの掲示板機能を使い周知ができています。

## 8 建物・設備

|    |                                  | 第三者評価結果 |
|----|----------------------------------|---------|
| 61 | 8-① 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。 | Ⓐ・b・c   |

### 所見欄

衛生面において、施設の建物・設備は快適性に優れている。廊下の所々に、休憩や談話できるスペースが設けられ、利用者が活けた花が飾られている。また利用者の居室は、一人ひとりの個性が見られる。一方で、利用者が居室に馴染めず地域交流室で過ごしたり、眠れない等の訴えもあり、新たな課題への対応も求められている。

## 9 家族との連携

|    |                          | 第三者評価結果 |
|----|--------------------------|---------|
| 62 | 9-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。 | Ⓐ・b・c   |

### 所見欄

必要時に連絡し連携を図っている。今後予定されている「寿楽荘だより」の発行により、さらに家族との連携が深まることを期待したい。