

(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：特別養護老人ホームひろみ奈良の里	種別：介護老人福祉施設	
代表者氏名：施設長 入山 一郎	定員（利用人数）：50名（50名）	
所在地：愛媛県北宇和郡鬼北町大字奈良2067番地		
TEL：0895-45-3800	ホームページ：www.nanpu.or.jp	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成13年5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 33名 非常勤職員 10名	
専門職員	（専門職の名称）	理学療法士 1名
	介護福祉士 16名	管理栄養士 1名
	看護師 2名	介護支援専門員 6名
施設・設備 の概要	（居室数）：23室	（設備等）
	個室12室、2人部屋3室、 4人部屋8室	鉄筋コンクリート造平屋建て

### ③理念・基本方針

理念「やさしく ゆったり 寄り添って」

- 基本方針
- 1 私たちは、あなたの人権と意思を尊重します
  - 2 私たちは、あなたと共に可能性を探します
  - 3 私たちは、あなたに感謝の気持ちで接します
  - 4 私たちは、常に知識・技術の向上に努めます
  - 5 さあ、今日も元気で明るく過ごしましょう

### ④施設・事業所の特徴的な取組

理念や基本方針に基づいて、サービスの質の向上に向けて食事・排泄・入浴をはじめとした各委員会が開催され活発に活動しており、介護方法や感染症対策、事故防止についての検討や協議が行われ、業務に反映させている。

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) ~ 平成30年3月13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

特別養護老人ホームひろみ奈良の里は宇和島広域事務組合 (以下、事務組合という) の施設として平成13年に設立され、これまで地域の高齢者福祉の拠点としての役割を果たしている。

施設を利用する高齢者はもとより、地域の高齢者や家族 (介護者) にとっても、一人ひとりの利用者に応じた質の高い介護サービス提供に向け、職員全員で取り組んでいることは高く評価できる。

職員一人ひとりが問題意識を持ち、利用者のより良い暮らしについて委員会活動等を通じて意見を出し合い、その結果を業務に反映させていることも評価できる。

◇改善を求められる点

理念や基本方針に基づいた事業計画の策定が望まれる。

また、自己評価や第三者評価の結果を踏まえた改善策や改善実施計画が策定され、改善に向けた取り組みが行われるよう期待したい。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回で3回目の受審となりますが、回を重ねる毎に少しずつではありますが改善されてきていると感じます。これは、職員がご利用者やご家族に対して信頼される施設を目指し、日々努力している成果だと思えます。

しかしながら、改善に至らなかった点もあり、今後は施設の事業計画を策定し、施設の理念である「やさしく ゆったり 寄り添って」に近づけるよう、職員全員で改善に向けて取り組んでいきたいと考えています。

⑧ 第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

## 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。	a・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理念、基本方針は明文化されたものがあり、施設内への掲示や広報誌、パンフレット等で周知が行われている。職員は朝礼で唱和して、業務するうえでの基本姿勢が確認できている。利用者や家族、地域住民に対する周知については十分であるとはいえないため、さらなる取組みに期待したい。</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・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>町や社会福祉協議会から利用者に関する情報の提供を受けている。今後は情報の分析を行い、環境の変化に応じた事業経営が行われることに期待したい。</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・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設では毎月の稼働率等の把握を行い、年間の達成目標との比較を行う等経営状況の確認・分析を行っている。今後はその内容の職員への周知を含め、分析した課題の改善に向けた組織的な取組みが行われることを期待したい。</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>事務組合で策定された中・長期計画は設備や改修等に関する計画である。今後は、理念や基本方針に基づいた事業運営や福祉サービスに関する内容が含まれた計画の策定が望まれる。</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>各委員会活動において、単年度の活動目標や活動内容の計画が作成され、それに基づいた活動が実施されている。今後は中・長期計画が策定され、それに基づいた単年度の計画が策定されることが望まれる。</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>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画を策定する際には職員の参画や意見の集約等が行われ、実施状況の確認や評価・見直しが組織的に行われることが望まれる。</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・ <b>c</b>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>行事や施設整備に関する内容については、利用者や家族等に対して家族会等で説明している。今後は策定された事業計画の説明が、利用者や家族等に対して適切に行われることが望まれる。</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。	<b>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>各委員会や会議において福祉サービスの質の向上に向けた取組みがPDCAサイクルに基づいて行われている。今後も利用者への質の高いサービス提供への取組みに期待したい。</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・b・ <b>③</b>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>自己評価や第三者評価の結果を踏まえた改善策や改善実施計画が策定され、改善に向けた取り組みが望まれる。</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>③</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は広報誌や会議等において、質の高い福祉サービスの提供に向け自身の考えを発言している。</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・ <b>③</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法令遵守マニュアルがあり、年1回は研修会を開催して、職員に対して理解を深める取組を行っている。今後はさらに適切な事業経営のために、法令遵守の徹底に向けた取組みに期待したい。</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・ <b>③</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者参加のもと、福祉サービスの質の向上に向けて、各委員会で利用者一人ひとりの課題について検討し、その結果に基づいて福祉サービスが提供されている。今後はさらに質の高い福祉サービスの提供に向けた取組みに期待したい。</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・ <b>③</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員の欠員があり、その補充に向け求人活動を行った。今後も職員の動向や経営の改善、業務の実効性の向上に向けた取組みに期待したい。</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・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員の採用計画は事務組合で策定され、新規採用や専門職の配置が行われている。今後は、人材育成に関する方針の明確化、施設に応じた人事管理が行われることを期待したい。</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>異動希望の調査や人事考課は行っている。今後は「期待する職員像等」を明確にして、職員が将来像を描くことのできるような仕組みづくりに期待したい。</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組んでいる。	a・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ストレスチェックやメンタル相談の案内等、職員の心の健康への配慮が行われている。今後はさらに「働きやすい職場」に向けた取組みの充実に期待したい。</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>c</b>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員の育成という観点で目標を設定し、目標達成に向けた取組みが望まれる。</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。	a・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事務組合や施設で職員の資質向上に向けた各種研修会が開催されている。今後は「期待する職員像」を明確にし、研修が計画的に行われるよう期待したい。</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>外部研修に関する情報の提供や新入職員に対する研修は行っている。今後は職員の経験や習熟度に応じた研修体制づくりに期待したい。</p>		

(老人福祉施設（入所施設）版)

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>事務組合として受け入れた実習生の受け入れは行っている。今後は、育成プログラムの準備等の体制が整備されることを期待したい。</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。	a・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業や財務等に関する情報は事務組合全体で公開している。第三者評価の受診結果や施設の活動等についても公開している。今後は事業や財務等についても施設として公開されることが望まれる。</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。	a・b・c 評価外
<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・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域との関わり方について明示されたものがある。今後は利用者と地域の交流や、施設の社会的役割を果たすことを目的とした取組が行われることに期待したい。</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・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティア等の受け入れに関するマニュアルが整備され、マニュアルに沿ってボランティアや中学生・高校生の福祉体験学習の受け入れを行っている。</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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域の関係機関等についての資料が作成されており、職員間での共有化も図られ、連携が適切に行われている。</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>施設は福祉避難所に指定されている。今後は施設のもつ専門的な知識や技術等を提供して、地域との関わりが深められるような取組みが行われるよう期待したい。</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・㉢・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者が民生委員・児童委員の会に出席して地域の状況を把握している。今後は収集した地域の情報を基に、公益的な事業や活動が展開されることを期待したい。</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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>業務マニュアルには施設の使命や福祉サービスに対する基本的な倫理についての記載があり、研修会や職員会で管理者が職員としての心構えについて話をしている。全職員が接遇対応チェックシートを用いて日頃の接遇について自己評価を行い、自身の接遇について確認をしている。</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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>業務マニュアルの中にプライバシー保護について明記され、排泄や入浴介助を行う際には周囲にはわからないように声かけを行うなど工夫をしている。虐待についても研修会を行い、職員の理解に向けた取組を行っている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用希望者がサービス選択の際に参考にすることができるよう、理念や基本方針、福祉サービスの内容等がわかりやすく記載されたパンフレットや広報誌が用意されている。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービスの内容や料金等については重要事項説明書に基づいて説明し、内容が変更になった場合もその都度説明し同意を得ている。成年後見制度を利用している利用者が2名おり、契約等は適切に行われている。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>業務マニュアルに退所支援についての記載があり、福祉サービスの継続性のために引継ぎ文書を用意している。またサービス終了後も相談等への対応ができることを説明している。</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、取り組んでいる。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>思いを伝えられる利用者からは、本人から聞き取りをし、思いが伝えられない利用者については、家族からの聞き取りや家族の意向を確認して福祉サービスを提供している。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>2年前に苦情を受け付けた際には、その内容や対応について施設内に掲示するなど、苦情解決の仕組みが確立されている。定期的に第三者委員にも参加してもらい、苦情対応委員会を開催している。</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・㉑・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>その場に居合わせた職員が利用者や家族からの相談や意見を聞くが、内容によっては専門職員が対応している。相談や意見を話しやすいよう、一対一で話ができるよう努めている。</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>②</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>相談についてのマニュアルがあり、相談や意見を聞いてその都度対応している。意見を積極的に把握する取組みに期待したい。</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。	<b>①</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事故防止委員会を中心に情報収集、分析、改善策の検討、職員への周知等の体制が整備されている。</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。	<b>①</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日頃から感染症委員会を中心として体制を整備し、取組みを行っている。平成29年7月に施設でかぜが流行した際に、感染症委員会の開催、マニュアルに沿った対応や保健所からの指導を受けて、早期に収束することができた。</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・ <b>②</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>防災計画や事業継続計画は整備されているが、今後は関係機関と連携して訓練を行い、利用者の安全確保のための取組みが進められることを期待したい。</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。	<b>①</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>提供する福祉サービスごとに標準的な実施方法が文書化されており、利用者の尊重やプライバシーの保護についても明示されている。委員会や研修会の場において確認するなど職員への周知にも努めている。</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。	<b>①</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事務組合において、職員で構成された部会で標準的な実施方法を見直す仕組みが定められ、作業が進められている。</p>		

(老人福祉施設（入所施設）版)

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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービス実施計画の策定に関する一連の手順や様式が定められており、手順に基づいて計画が策定されている。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービス実施計画の評価・見直しの手順について定められており、定められた手順に従って評価・見直しが行われている。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス実施状況の記録はパソコンの記録システムによって管理されており、職員間で確認することができるようになっている。また、回覧によっても周知され情報の共有化が図られている。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>記録の管理や情報開示についての規程は整備されている。</p> <p>記録はパソコンのシステムで管理されており、職員毎にパスワードが設定され、また、職員によって閲覧制限も設定されている。</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

利用者の意向を確認して、本人の得意なことやできること、好きなことをして過ごせるような支援が行われている。本人から意向が確認できない場合には家族に確認している。利用者同士の関係性をみて、落ち着いて過ごせる居場所づくりへの配慮をしている。

接遇研修会の開催、接遇対応チェックシートやアンケートを定期的実施して、各職員のコミュニケーションについての意識や心構えを確認している。接遇委員会で言葉づかいや言葉かけについて話し合わせ、その内容は職員に周知されている。

## 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 排せつ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。	Ⓐ・b・c
51	2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	Ⓐ・b・c

### 所見欄

入浴については、同性介助で対応している。拒否する人へは職員が交替して声かけしたり、日程を変更したりして対応している。職員の提案を基に浴室の環境整備を行い、快適に入浴してもらえるような取組みも行っている。

排泄委員会で利用者に応じた排せつ介助が行えるよう話し合われている。補助食品の活用や身体を動かしてもらう等、自然排便に向けての取組みも行われている。トイレは臭いもなく、衛生面にも配慮がみられる。

移乗・移動については、機能訓練指導員を中心に利用者の心身の状況を踏まえて、必要な場合には福祉用具の選定も行い、安全に行えるよう取り組んでいる。

褥瘡委員会や褥瘡カンファレンスで、発生予防や改善に向けた話し合いがされていて、定期的な体位変換や褥瘡予防用具の活用や補助飲料の提供等も行われている。現在処置の必要な利用者は4名いる。

### 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

年1回嗜好調査をして、嫌いなメニューの場合には別のメニューを提供している。今年度から利用者の誕生日にはその人の好きなメニューの提供を行っている。

食事は利用者の嚥下状態に応じた食事形態で提供されている。必要な利用者には、医師の助言・指導を受けて栄養ケア計画を作成している。

歯科医師や歯科衛生士の助言・指導を月1回受けている。口腔ケアの計画を作成し実施しているが、今後は歯科医師や歯科衛生士の協力を得て、口腔ケアに関する研修が行われることを期待したい。

### 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・Ⓑ・c

#### 所見欄

終末期を迎えた場合の対応の手順は整備しており、医師とも協議を行っている。今年度中に終末期のケアについての研修を行い、今後、体制を整備していく予定である。今のところ利用者や家族からの希望は聞かれない。

## 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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c

### 所見欄

精神科の医師が月1回来荘している。認知症利用者への対応の充実に向けて職員が研修会に参加している。研修内容は職員会で報告して、職員で共有し、利用者が落ち着いて過ごせるよう取組みが行われている。

季節が感じられるよう、中庭には花や野菜が植えてあり、廊下や食堂、リビングスペースにも花が生けてある。快い音楽が流れ、壁には利用者の作品や季節を感じるものが飾られている。さらに、利用者が落ち着いて過ごせるようソファやいすの配置を工夫している。

## 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・c

### 所見欄

機能訓練指導員（理学療法士）が機能訓練のプログラムを作成し、実施している。午前中は個別に趣味活動等を行っているが、午後は歌や手遊び、レクリエーションを行い、夕食前にはリハビリ体操を行う等介護予防活動を行っている。

## 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・c
60	7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	Ⓐ・b・c

### 所見欄

毎日、健康チェックをして体調管理に努めており、利用者の体調変化時には職員間や医師への連絡が速やかに行われている。病気や薬についてはカンファレンスで確認している。

感染症に関する指針や職員の健康状態を確認する仕組みがあり、年2回、研修会を開催して職員への意識付けや対応方法の確認を行っている。

## 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

建物や設備は点検簿に基づいて点検を行っている。利用者が快適に安心して過ごせるよう、ソファやいす、テーブルを配置している。

## 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

家族会やサービス計画書送付時に利用者の近況報告を行っている。面会時の内容や電話での相談内容、連絡した事柄について記録に残している。行事への案内も行っている。