

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しいのき園 | 種別：介護老人福祉施設 | |
| 代表者氏名：理事長 別宮 静 | 定員（利用人数）：50名 | |
| 所在地：愛媛県西予市野村町野村8号467番地 | | |
| TEL：0894-72-3554 | ホームページ：http://noshiro-f.jp/ | |
| 【施設・事業所の概要】 | | |
| 開設年月日 平成14年5月1日 | | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 西予市野城総合福祉協会 | | |
| 職員数 | 常勤職員：37名 非常勤職員9名 | |
| 専門職員 | （専門職の名称）名 | |
| | 介護福祉士23名 | 看護師3名 |
| | 介護支援専門員5名 | 准看護師1名 |
| | 管理栄養士2名 | |
| 施設・設備の概要 | （居室数） | （設備等） |
| | 居室数31室・医務室・介護ステーション・食堂・機能訓練室・面会室など | 鉄筋コンクリート造平屋建て |

③ 理念・基本方針

【基本理念】私たちは福祉サービスを通じて、利用者及びその家族並びに福祉関係者に安心を提供し、以て老人福祉に寄与すると共に、社会に貢献します。

- 【基本方針】
1. 安心安寧な生活の提供と維持に努めます。
 2. 基本的人権を尊重したサービス提供に努めます。
 3. 自分たちが利用したい施設を目指します。
 4. 社会資源として地域に貢献します。
 5. 常に職員の資質向上に励み、良質なサービス提供に努めます。

④ 施設・事業所の特徴的な取組

「チームしいのき」を目指すという方針のもと、施設長は率先して職員のコミュニケーションスキルなどの資質向上に努め、外部研修や法人内研修、施設内研修を計画的に実施している。

また、提供するサービスの質を向上させるために、各種委員会を設置・運営し定期的に開催するなど、職員間の部門や専門性を超えた取組みを積極的に行っている。

⑤ 第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|---|
| 評価実施期間 | 平成27年9月11日（契約日）～ 平成28年3月23日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 初回（平成27年度） |

⑥総評

◇特に評価の高い点

特別養護老人ホームしいのき園は、社会福祉法人西予市野城総合福祉協会（以下、法人という）の施設で、平成14年の開設以降、地域の中で欠かせない社会資源として果たしてきた実績は高く評価できる。

日常生活支援においては、家庭的な環境と対応を活かした配慮と努力が見られる。特に、ユニット毎で利用者一人ひとりの担当者を決め、利用者と職員が顔を合わせ、健康管理・体調管理等を行い、個別のニーズに合わせて支援が行われている。

◇改善を求められる点

利用者や家族の声をいつでも気軽に聞き取りできるように、面会時や家族会等で積極的な声掛けや利用者や家族アンケートの実施などの取組みが見られるが、意見箱の設置に関して、場所や高さなどについての工夫が望まれる。

職員の資質向上を目指して、年に2回、目標の達成度や資格取得についての職員面談を実施しているが、さらに職員の意見・意向を活かした施設運営が実施されることを期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

初めての受審にあたって各部署や各種委員会等で資料作りをすることで、日々の業務及び管理体制を再確認できる良い機会となり職員の意識改善にも繋がったと思う。

今回の評価でご指摘を頂いた項目についてはチームで検証し、より具体的な改善となるよう取り組んでいきたいと考えている。特に職員の資質向上を目指して、園内研修の充実と講習会等へ積極的に参加し、職員個々のレベルアップを図りたい。また事業経営をとりまく環境と経営状況を分析すると共に、社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動に取り組みたい。

最後に、第三者評価を受審し改めて当施設を見つめ直し、今後の課題や改善点が明確になりました。「チームしいのき」は、職員の和をもって皆様が安心して心地良い毎日の暮らしが実感でき、地域に根ざした笑顔の絶えない施設作りに職員全員が一丸となって取り組みます。評価調査員様の丁寧なご指導、ご助言を頂き誠にありがとうございました。

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 ・c |
| <コメント> 法人全体の理念と施設の理念があり、年度当初の職員会で全職員に紙面で配布して周知徹底を図っている。 | | |

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 ・c |
| <コメント> 施設長は西予市全体の保健福祉計画策定委員会に関わる中で、関係機関との連携を図っている。 地域特性を踏まえ、地域の福祉サービスのニーズを把握している。また、施設経営については、利用者に良質かつ安心・安全な福祉サービスを提供するために、状況の把握・分析に努めている。 | | |
| 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。 | a・b・ c |
| <コメント> 施設内の各委員会等で課題を明確にしようとする努力は見られる。 今後はそれらを集約し、経営課題を明確化し施設全体で解決・改善に向けて具体的な取り組みが進められるよう期待したい。 | | |

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 ・c |
| <コメント> 中・長期計画は法人全体で策定されており、工事や修繕、備品購入など設備整備費を中心とした中・長期計画として策定されている。 今後は、施設の修繕以外のことなど、多角的かつ具体的に盛り込むよう取組みに期待したい。 | | |

| | | |
|--|---|-------|
| 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。 | Ⓐ・b・c |
| <p><コメント> 法人全体で策定された中・長期計画を基に、施設独自の単年度計画の策定がされている。</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。 | Ⓐ・b・c |
| <p><コメント> 事業計画の評価・見直しは、年に1～2回実施されており、各委員会等で職員間の意見交換が行われている。</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・Ⓑ・c |
| <p><コメント> 家族会を毎年5月に開催し、口頭による周知は行っている。また、年に4回発行する施設機関紙への掲載を行っている。 今後は、利用者の状態に合わせた周知方法を工夫するなど、さらに理解が進むよう取組みに期待したい。</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・Ⓑ・c |
| <p><コメント> 委員会等での検討や人事考課での面接などで現場の声を聞き取り、質の向上に向けた取組みを行っている。また、利用者満足度調査の結果も活用している。第三者評価については今回初めての受審である。 今後は、質の向上に関する取組みがPDCA（計画・実施・評価・改善）サイクルに基づき、恒常的に機能するような仕組みづくりに期待したい。</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・Ⓑ・c |
| <p><コメント> 集約した自己評価の結果を各委員会等でも検討し、改善に向けての取組みは見られるが、計画的な実施には至っていない。 今後は、第三者評価の結果も参考にしながら、改善策や改善計画を策定する仕組みを構築し、課題解決に向けて取り組むことを期待したい。</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。 | a・Ⓑ・c |
| <p><コメント> 施設長は就任2年目ではあるが、法人と施設との橋渡しの役割を積極的に行い、責任を明確に果たす努力をしている。</p> | | |

(老人福祉施設（入所施設）版)

| | | |
|---|--|----------------|
| 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 ・c |
| <p><コメント> 施設長は高齢者福祉部門での経験は浅いため、施設内外の研修や各種委員会へ積極的に参加し遵守すべき法令等を正しく理解するよう努めている。</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・ b ・c |
| <p><コメント> 施設長は、現場の状況把握に努め、年に1回の自己申告と人事考課の場で職員との意見交換をはじめ積極的にコミュニケーションを図る努力をしている。</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。 | a・ b ・c |
| <p><コメント> 施設長は、職員に向けて「チームしいのき」を明言し、チームワークの大切さを伝えている。また、職員を育てるための指針が策定されており、その指針に基づき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 ・b・c |
| <p><コメント> 人材の確保は法人で行われており、中・長期計画にも記載されている。今年度からは、新たに奨学金制度の導入もみられ、専門職の配置についても積極的に検討されている。</p> | | |
| 15 | Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | a・ b ・c |
| <p><コメント> 人事異動を総合的に見直し、短期的な職員の入れ替わりが起こらないように、法人全体の会議等で話し合いが行われている。</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組んでいる。 | a・ b ・c |
| <p><コメント> 職員向けの相談窓口は設置されていないが、職員の声を聞き入れる場として「ダンディー会」（男性職員の会）や「しいのみ会」（介護職員の会）を設けて意見交換している。</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。 | a・ b ・c |
| <p><コメント> 単年度の事業計画や研修委員会等での検討を含め、職員が希望する研修等には、勤務シフトを調整するなど積極的な取組みをしている。</p> | | |

(老人福祉施設（入所施設）版)

| | | |
|---|---|-------|
| 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> 研修に関する指針は整備され、研修案内が職員出入口の掲示板に掲示されている。計画的な研修参加を実施しており、資格取得に対する支援体制も整っている。</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> 研修委員会での調整をはじめ、職員個人の希望を自己申告や人事考課の場面で聞き取り、可能な限り職員の意向に沿うように対応している。</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・㉒・c |
| <p><コメント> 実習生やボランティア受入れに対するマニュアルは整備されている。 今後は、マニュアルの内容の見直しを行い、より充実した受入れができるよう取組みに期待したい。</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> 法人全体で運営の透明性確保に取り組んでおり、第三者による定期的なチェック体制が整っている。</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> 運営の透明性を確保するために、法人が運営するホームページへ施設の行事計画や利用者満足度調査結果等を記載している。</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> 地域の傾聴ボランティアグループの受入れや近隣の高校生・保育園児との交流の機会を定期的に取り入れており、利用者の日常生活の充実に繋がっている。毎年8月に開催される夕涼み会は、地域住民が約300名も参加する大きなイベントになっている。</p> | | |

(老人福祉施設（入所施設）版)

| | | |
|--|--|-------|
| 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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント> ボランティア受入れに対するマニュアルが整備され、窓口となる担当者を決め、毎月1～2回ボランティアと利用者の交流を図っている。</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。 | a・㉒・c |
| <p><コメント> 地域の社会資源一覧表が各部署に置いてあり、地域で開催される会議やカンファレンスなどに出席することで連携を図っている。</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・㉒・c |
| <p><コメント> 地域の納涼祭の時に、施設の敷地を駐車場として開放したり、車椅子を地域住民に貸し出すなど施設の有する機能を地域に還元するよう努めている。 今後は、地域住民に対して計画考案されているAED使用法講習会など、実施に向けて前向きに検討することを期待したい。</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・b・㉓ |
| <p><コメント> 民生委員等との連携を深めることにより、地域の福祉ニーズを把握し、公益的な事業・活動が行われるよう、今後の努力に期待したい。</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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント> 介護マニュアルを整備し、全職員へ配布するとともに、内部研修のテーマとして積極的な取組みを行っている。</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> プライバシー保護指針を作成し、全職員が権利擁護に配慮した取組みを実施している。また、家族には家族会や面会時に説明し周知している。</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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント> 施設見学希望者には、生活支援員が窓口となり対応し見学時に説明している。パンフレットを関係機関の窓口に置かせてもらったり、ホームページに掲載して情報提供を行っている。</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 |
| <p><コメント> 契約書や重要事項説明書は、施設内の廊下に見やすく掲示されている。また、書面による事前確認と説明をして利用者や家族に同意を得ている。</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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント> 変更や移行にあたり利用者の看護・介護の経過を要約した文書などを活用することで、連携先との情報共有をスムーズに行うことができている。</p> | | |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。 | | |
| 33 | Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント> 利用者や家族への満足度調査を行い、サービス向上委員会やユニット会で検討し、利用者満足の向上に努めている。</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。 | a・㉡・c |
| <p><コメント> 苦情対応マニュアルが整備され、苦情受付担当者と苦情解決担当者、第三者委員の氏名が施設内に掲示されている。</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・㉡・c |
| <p><コメント> 利用者の意見や要望を聞くために意見箱は設置されている。 今後は、意見箱を設置している場所や高さなど早急に見直し、より利用者が意見や要望を伝えやすくなるよう環境を整える取組みに期待したい。</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・㉡・c |
| <p><コメント> 職員は、日常的に利用者とのコミュニケーションを図るよう心掛けている。利用者からの相談や意見に対する対応は、適切に行われている。 今後は、対応マニュアルを作成し、定期的に見直しを行う体制づくりに期待したい。</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・c |
| <p><コメント> 事故防止委員会を設置し、定期的を開催して施設内でのヒヤリハットや事故に対する職員の安全意識を高めるよう取り組まれている。</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・c |
| <p><コメント> 看護師を中心に年2回の内部研修を実施し、全職員に周知徹底されている。また、発症した場合は、感染症対応マニュアルに基づいて適切に対応されている。</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・c |
| <p><コメント> 災害時の避難先や避難ルートについて、職員全体に周知されている。また、定期的に消防訓練は行われており、備蓄品の整備もされている。</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・Ⓑ・c |
| <p><コメント> 利用者と家族に対して、契約書や重要事項説明書に記載されている内容について説明をしている。 今後は、記載している内容や文面について、見直し・整理を行うなど取組みに期待したい。</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・c |
| <p><コメント> 福祉サービスの標準的な実施方法については、定期的に見直しをする仕組みがあり、ユニット会など現場の声も反映するようにしている。</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 |
| <p><コメント> ケアプラン作成手順に従って個別のケアプランを作成し、家族の参加を求めてサービス担当者会を開催して適切に策定している。</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。 | a・Ⓑ・c |
| <p><コメント> サービス実施計画の定期的な見直しは行われている。また、利用者の状況に応じ対応することはできている。 今後は、評価・見直しの手順を分かりやすく明記したマニュアルが、早急に作成されるよう期待したい。</p> | | |
| Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。 | | |
| 44 | Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化している。 | a・Ⓑ・c |
| <p><コメント> 各ユニットに設置されたパソコンで利用者の記録が適切に行われ、職員間での情報共有はパソコン上で確認することができる。 今後は、パソコンを活用し記録の合理化を図りながら、画一的な記載内容にならないような工夫に期待したい。</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・c |
| <p><コメント> 職員全員が入職時に個人情報保護に関する同意書に署名している。また、記録は施設内のパソコンを活用して適切に管理されている。</p> | | |

1 支援の基本

| | 第三者評価結果 |
|--------------------------------------|---------|
| 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 |
| 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・Ⓑ・c |

所見欄

利用者一人ひとりの希望や意見を聞き取り、行事等に反映する工夫をしている。特に、計画的に実施している外出行事への希望の取入れは評価できる。
また、利用者からの要望をあげやすい環境づくりに配慮しており、利用者とのコミュニケーションを積極的に行っている。

2 身体介護

| | 第三者評価結果 |
|-----------------------------------|---------|
| 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。 | a・Ⓑ・c |
| 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 |
| 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 |
| 2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。 | Ⓐ・b・c |

所見欄

身体介護に関しては、それぞれにマニュアルを策定して、全職員で統一した支援体制が取られている。特に、排泄に関しては、職員の積極的な声掛けや介助により、なるべくおむつに頼らないようトイレでの対応が行われている。

3 食生活

| | 第三者評価結果 |
|------------------------------------|---------|
| 3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。 | Ⓐ・b・c |
| 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 |
| 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

管理栄養士が、栄養ケア計画を策定し、疾患や体重など利用者の状況に合わせた個別の対応が行われている。また、口腔ケアの研修会に参加し、職員の食に対する意識を高め、誤嚥の対策を行っている。
今後は、口腔体操やマッサージ等を実施するなどさらなる取組みに期待したい。

4 終末期の対応

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

所見欄

終末期の対応は、マニュアルに基づいて入所時に利用者や家族に説明を行っている。協力医療機関との連携や体制については、看護師を中心に行われている。

5 認知症ケア

| | 第三者評価結果 |
|---------------------------------------|---------|
| 5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。 | ㉠・b・c |
| 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・㉠・c |

所見欄

認知症への理解を深めるため、研修会へ参加したり勉強会を実施するなど、全職員の対応を統一するなど努力が見られる。また、利用者が安心・安全に生活できるよう一人ひとりの状態に合わせて環境の整備をするなど、職員間で工夫した取組みが見られる。

6 機能訓練・介護予防

| | 第三者評価結果 |
|-------------------------------------|---------|
| 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。 | a・㉠・c |

所見欄

体操を実施するなど生活リハビリが中心ではあるが、担当者を中心に職員全体で機能低下防止に向けた取組みが見られる。
今後は、専門職を配置するなどリハビリに積極的に取り組むよう検討されている。

7 健康管理・衛生予防

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

利用者の健康管理に関しては、看護師を中心に職員間で連携・協力し、変化について情報共有が行える工夫をしている。また、個別に体調面に関してファイルが作成されている。
感染症や食中毒に関しては、マニュアルが作成されており、施設内研修会等で職員に周知徹底し発生予防に向けた取組みが行われている。

8 建物・設備

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

| |
|--|
| <p>施設の老朽化が進んでいるが、適宜対応しており、トイレや空調設備などの修繕も行っている。また、中・長期計画への記載や危機管理委員会で検討をすることで利用者の生活空間の快適性に配慮している。</p> |
|--|

9 家族との連携

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

| |
|--|
| <p>家族の来所時や面会時には、状況報告など意思疎通を図っている。また、年4回発行している機関紙「しいのみ」を家族にも送っている。</p> <p>年に一度の夕涼み会は、家族にも案内しており、利用者と家族と地域をつなぐ大事な行事になっている。</p> |
|--|