

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城辺みしま荘	種別：介護老人福祉施設
代表者氏名：施設長 松田 雅博	定員（利用人数）：50名（50名）
所在地：愛媛県南宇和郡愛南町城辺乙561番地	
TEL：0895-70-1175	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10年4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 39名 非常勤職員 7名
専門職員	（専門職の名称）
	介護福祉士 18名 介護支援専門員 4名
	看護師 3名 准看護師 3名
	管理栄養士 1名 調理師 4名
施設・設備 の概要	（居室数）21室 （設備等）
	個室10室、2人部屋2室 鉄筋コンクリート造一部2階建て
	4人部屋9室

③ 理念・基本方針

【法人理念】「やさしく・ゆったり・寄り添って」

【法人基本方針】

- 1 能力に応じ自立した日常生活の援助
- 2 意思及び人格尊厳の保持による個々の立場に立ったサービスの提供
- 3 地域に開かれた施設づくり
- 4 職員の専門機能の確立

【施設の基本理念】圧倒的な介護サービスの質を追求する

【施設の基本方針】

我々は、責任を持った業務と職員間の連携によって、利用者の心に寄り添い人格を尊重したサービスの提供と家族の立場に立った専門機能を有する介護を実践する。

同時に、風通しの良い職場を目指し、一人ひとりが現状否定の精神を養い、介護の仕事の喜び、深さ、人に関わる事の重さを実感できる職場とする。

(老人福祉施設 (入所施設) 版)

③ 施設・事業所の特徴的な取組

他施設での経験のある管理者 (地元役場からの出向) のもと、平成 25 年から個浴 (家庭用の浴槽を用いての個別の入浴) に取り組み、平成 28 年度から施設の運営方針を策定して、自分たちの目指す施設づくりやより良いサービスの提供に向けた取組が行われている。

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城辺みしま荘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 10 年に設立され、「やさしく・ゆったり・寄り添って」の理念に基づき、利用者一人ひとりに質の高いサービスの提供に取り組んでいる。

過去に受審した第三者評価の課題に対して、全職員で改善に向けた取組を行っていることは評価できる。

職員一人ひとりが問題意識を持ち、利用者への質の高いサービス提供に向けた意見を出し合い、話し合い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

施設として設定した目標の達成に向け、具体的な取組を示した計画書の作成が望まれる。

地域との交流や施設の機能を地域へ提供し、還元する活動への取組が進められることに期待したい。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

全職員で自己評価を行いました、それをもとに話し合いを重ねた結果、新たに数多くの「気づき」や課題等が見つかり、職員一人ひとりの意識が高まりました。客観的・専門的な立場から指導・助言をいただいたことは、今後の事業運営に大変参考となりました。

特に今回助言いただいた項目の中で、事業方針の文書化と明確化、看取り体制の構築、地域との交流と地域貢献を 30 年度の課題として、施設全体で取組を行っていきます。高い評価を得た項目についても、常に問題意識を持ち利用者本位のサービスに努めていきたいと思えます。

今後も、利用者のサービスの質の向上に向けた取組を組織的に機能させ、また誇りと働きがいのある職場となるよう、職員一人ひとりが考え行動し、継続的にサービスの質の向上に努めていきます。

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 ・c
<p><コメント></p> <p>理念、基本方針については明文化されたものがあり、平成28年度から施設独自で運営方針を策定している。利用者や家族、地域住民への理念や基本方針の周知に向けた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対処している。		
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
<p><コメント></p> <p>地域の福祉計画や利用者等のデータの分析、その結果を事業計画等に反映させ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・c
<p><コメント></p> <p>主任会において経営状況の把握や過去の稼働率との比較、課題の解決に向けた協議が行われており、協議した内容は職員に周知され、改善に向けた取組みが行われている。</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 ・c
<p><コメント></p> <p>改修や備品の購入等について施設からの要望を事務組合が計画として策定している。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が策定されることが望まれる。</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 ・c
<p><コメント></p> <p>単年度計画については、施設独自で策定した運営方針に基づいて各職種で目標を策定したものがある。今後は、事務組合において理念や基本方針の実現に向けた中・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 ・c
<p><コメント></p> <p>事業計画（運営方針）を策定する際には、職員の参画や意見の集約等が行われている。今後は、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 ・c
<p><コメント></p> <p>事業計画（運営方針）は、利用者や家族等に対して利用者会や家族会で説明している。今後は、十分に理解してもらえるような取組みが行われることに期待したい。</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>食事・入浴・口腔の各委員会でサービスの質の向上に向けた協議が行われている。また、第三者評価の自己評価や施設独自で人事評価を行う等の取組みに努めている。</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 ・c
<p><コメント></p> <p>前回の評価結果を踏まえて改善策や改善実施計画が策定されおり、改善に向けた取り組みが行われている。今後も、自己評価、第三者評価等が、利用者への質の高い福祉サービスの提供や施設の適切な事業運営に反映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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者の役割や責任についてはマニュアル等に示されている。運営方針の策定を発案したり、主任会等で経営について問題提起するなどして、より良い施設づくりに努めている。</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り組んでいる。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法令遵守についてのマニュアルが整備されている。研修会を開催して、職員の理解を深める取り組みが行われている。</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></p> <p>職員に対してアンケートを行い意見を聴取したり、人事評価制度を導入して、職員の福祉サービスの質の向上に向けた動機づけを行う等の取り組みが行われている。</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></p> <p>主任会等で施設の経営状況について説明し、職員への意識づけを行ったり、職員との対話の機会をもつなどして、働きやすい環境整備に向けた取り組みが行われている。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>職員の採用や専門職の配置等を含め、人事管理については事務組合において計画的に行われている。障害者雇用への対応も行っている。</p>		
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></p> <p>事務組合にて人事基準が定められており、勤務実績評価が行われている。平成30年度からは新たな人事評価が行われることになっている。職員の異動希望を調査したり、嘱託職員の労働条件を改めて、正職員との格差是正に努めている。</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・㉒・c
<p><コメント></p> <p>安全衛生委員会を組織し、毎月産業医参加のもと職員の心身の健康と、安全の確保に向けた取組みが行われている。職員の声を聞く機会として施設長相談日を設けるなど、働きやすい職場づくりに努めている。今後は福利厚生面の充実を図り、ワーク・ライフ・バランスにも配慮して、さらに働きやすい職場づくりに向けた取組みの充実を期待したい。</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・㉒・c
<p><コメント></p> <p>運営方針に示された施設の目標を受けて、職員一人ひとりの目標設定が行われている。事務組合で実施予定の人事評価制度を先行して実施し、職員の資質向上に向けた取組みが行われている。今後は進捗状況や目標達成度の確認が行われ、職員の質の向上に向けた体制が整備されることを期待したい。</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・㉒・c
<p><コメント></p> <p>計画に基づいて研修が行われている。今後は、研修計画や内容の評価・見直しを行い、さらに充実したものとなるよう期待したい。また、「期待する職員像」は、具体的な知識や技術水準を明確にすることを期待したい。</p>		

(老人福祉施設（入所施設）版)

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></p> <p>新人職員への研修、職員の経験や習熟度に応じた研修等に参加する機会が確保されている。さらに、認知症介護や喀痰吸引等、専門的知識や技術を習得するための研修も確保されている。</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></p> <p>実習生受け入れのマニュアルが整備されており、専門学校生等の受け入れをしている。今後は育成プログラムの準備等、実習受け入れ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・㉒・c
<p><コメント></p> <p>事業や財務等に関する情報は事務組合全体で公開されている。第三者評価の受診結果や苦情、施設の活動等についても公表している。今後は、事業や財務等が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><コメント></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・㉒・c
<p><コメント></p> <p>地域との関わり方について明示されたものがあり、利用者と地域の方との交流は行事等を通して行っている。また、施設の廊下等に小・中学生や地域住民が制作した作品を展示したりしている。今後は、地域の行事等への参加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 ・c
<p><コメント></p> <p>ボランティア等の受け入れに関するマニュアルが用意され、受け入れている。今後は、注意事項等の十分な事前説明を期待したい。</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。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>施設として必要な関係機関等についての資料が作成されている。掲示することで職員への周知も図られ、利用者の生活支援のための連携も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・ b ・c
<p><コメント></p> <p>施設は災害危険箇所には該当しない所に立地しており、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を提供する等、地域との関わりが深められるような取組みを期待したい。</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 ・c
<p><コメント></p> <p>地域の福祉ニーズの把握に努め、地域の福祉向上を目的とした事業や活動の展開が望まれる。</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。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>理念や基本方針に福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されている。倫理や虐待についての研修を行い、福祉サービスの提供については委員会で協議する等、利用者を尊重した取組みが行われている。</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>利用者のプライバシー保護についてはマニュアルの中で明記され、委員会や研修会でも周知、確認している。虐待防止については施設独自でマニュアルを作成し、チェックリストも活用して職員の意識づけに努めている。</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・㉒・c
<p><コメント></p> <p>パンフレットやホームページのほか、地域包括支援センターがまとめた高齢者支援マップ、主任介護支援専門員が編集した町内各サービス事業所の資料にも掲載されている。</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><コメント></p> <p>利用者や家族に対して、サービス開始時や変更時に重要事項説明書等の書類に基づいて説明を行い、同意を得ている。過去には、成年後見制度を利用する利用者もいた。</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・㉒・c
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの内容や施設の変更等があった場合には、その内容を記載した文書を用いて引継ぎを行っている。今後は、福祉サービスの継続性に配慮した取組みを期待したい。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者への個別の面談や利用者会等で満足度の把握を行い、把握した結果をもとに検討会議を開催して改善策を協議している。</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><コメント></p> <p>苦情解決の仕組みが整備されており、サービス開始時の説明、施設内の掲示等を通して利用者や家族に周知されている。また苦情内容は広報誌で公表している。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>相談や意見を述べることができることを、利用者会で周知し、意見箱も設置している。介護相談員派遣事業において月2回、第三者が利用者から話しを聞き取ることもできる。</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・c
<p><コメント></p> <p>利用者から相談を受ける場合のマニュアルが整備されており、受けた相談は主任会等で検討している。相談内容や対応内容は職員へも周知されている。</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・c
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメント体制は整備されており、職員に対して安全確保や事故防止についての研修が行われている。発生した事故の報告や改善策の検討、再発防止策の実施等の取組が行われている。今後は、事故防止策の検討や介護機器等の点検を行い、さらに利用者の安心・安全を確保するための取組みに期待したい。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>事務組合で作成された感染症マニュアルがあり、施設独自でも感染症対策マニュアルを作成し、職員の意識を高める取組みに努めている。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>災害に応じた防災計画が策定されている。職員に対して研修会や定期的に訓練を実施して、利用者の安全確保のための取組を行っている。今後、災害時における事業継続計画を策定する予定である。</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・c
<p><コメント></p> <p>文書化された福祉サービスの標準的な実施方法があり、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。委員会で実施方法の確認を行い、職員への周知にも取り組んでいる。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>今年度、事務組合の各職種の部会において見直しを行っている。今後はさらに、定期的な見直しが行われるよう定められ、実施されることを期待したい。</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></p> <p>サービス実施計画の策定は、利用者の意向を反映し定められた手順に沿って適切に行われている。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>サービス実施計画の評価・見直しは、手順を定めて定期的実施されている。職員への周知も行われている。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>サービスの実施状況の記録はパソコンに入力して管理されており、職員間で共有することができるようになっている。また、利用者の状態等は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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>情報の管理に関する規程や情報開示についての規程は整備されている。記録はパソコンで管理されており、職員毎にパスワードが設定される等取扱いへの対応も行われている。</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

<p>利用者の体調等に合わせた離床時間にしたり、くつろいで過ごせるよう車いすの利用者もソファに座り直している。貼り絵や塗り絵等、その人にできることをしてもらっている。</p> <p>コミュニケーションは言葉だけでなく、身振り手振りや筆談で行うこともある。言葉で行う場合は、答えやすい問いかけをするなど工夫している。方言や名前の呼び方等、気になる言葉づかいについては職員会で協議している。</p>

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

<p>平成25年から個浴（家庭用の浴槽を用いての個別の入浴）に取り組んでおり、入浴方法については委員会で定期的に確認・見直しを行い、安全で快適な入浴介助に努めている。</p> <p>利用者一人ひとりの状態に応じた排せつ介助に取り組んでいる。排泄リズムの把握、排せつ方法や介助方法、使用する排せつ用品についての検討を委員会で行い、快適な排せつに向けた取組みが行われている。</p> <p>機能訓練指導員と相談し、安全かつできるだけ自分で移乗・移動が行えるような支援や介助が行われている。</p> <p>ブレーデンスケール（褥瘡の発生リスクを評価するもの）のハイリスク者に対しては褥瘡対策計画を作成して、予防や治癒に向けた取組みが行われている。取組みの成果として、現在は褥瘡のある利用者はいない。</p>
--

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。	Ⓐ・b・c

所見欄

利用者会や選択食の聞き取りに合わせて食事の希望や好みを確認して、献立に反映させている。座る席も馴染みの方と一緒に食事ができるよう配慮されている。

利用者の状態に応じて食事形態を変更して提供している。栄養ケア計画を作成して、栄養状態の改善に向けた取組みを行っている。

歯科医師（週1回）、歯科衛生士（週2回）の訪問があり、その指導・助言のもと、口腔ケアに取り組んでいる。職員に対する研修会も開催されている。

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

入所時等に「終末期の看取り等について（意向確認書）」の文書を使用し、家族の意向を確認している。医師の協力もあり、終末期を迎えた場合の対応の手順は確立している。今後は職員への終末期のケアに関する研修が行われたうえで、看取りが行われることを期待したい。

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

認知症の利用者が安心して落ち着いて過ごせるよう、認知症介護の研修会に職員が参加して専門知識や技術の習得に努めている。施設においても研修会を開催して、認知症ケアについて職員への周知に努めている。

ホールにはソファ等が配置され、ゆったりと過ごせるよう配慮されている。また、浴室スペースを茶房に改修して、少人数でくつろげるスペースも整備されている。

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

機能訓練指導員が機能訓練実施計画書を作成し、それに基づいて個別の機能訓練が行われている。夕食前にはリハビリ体操を行い、利用者の身体機能の低下防止に向けた取組みが行われている。

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・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

毎日の利用者の健康状態の確認や服薬確認、医師や医療機関との連携等、利用者の体調変化時に向けての対応手順は確立している。薬に関する情報や変更については、看護師から適宜伝達され、職員間で共有されている。

事務組合で作成された感染症マニュアルはあるが、施設独自でも感染症対策マニュアルを作成し感染症対策に努めている。職員に対する研修や毎日の体調チェック、来訪者への感染症の予防策も行われている。

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

利用者の安全確保のために玄関にあった段差をスロープに変更した。また、利用者と家族がゆっくりと過ごせるように、玄関ホールに面会コーナーをつくる等、環境整備への取組みが行われている。

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

家族会や面会時に利用者の状況を報告したり、家族から要望を聞いたりしている。広報誌の送付時にも利用者の状況を報告したり、行事への案内をして、家族と連携する取組みが行われている。