

(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事業者情報

|   |  |
|---|--|
| 名称：宇和島地区広域事務組合<br>特別養護老人ホーム 勝山荘<br>老人デイサービス施設 勝山荘 | 種別：介護老人福祉施設、通所介護                             |
| 代表者氏名： 渡邊 妙子                                      | 定員（利用人数）：老人福祉施設 50名（50名）<br>通所介護 20名（15～16名） |
| 所在地：北宇和郡鬼北町大字上大野322番地                             | TEL 0895-44-2781                             |

### ③実地調査日

平成25年10月21日（月） ～ 22日（火）

### ④総評

#### ◇特に評価の高い点

昭和62年、特別養護老人ホーム勝山荘は、高齢化と過疎化が進む鬼北町圏域において、短期入所とデイサービスを併せ持つ宇和島地区広域事務組合（以下、事務組合という）で2番目の老人福祉施設としてサービスを開始した。以来この地域の唯一の福祉拠点として、役割を担い果たしてきた功績は大きい。築後、四半世紀を経過したが、平成23年秋にはスプリンクラーを設置するなど施設設備は十分に整備、維持管理されている。居室は多床室のみという課題があるが、今後の大規模改修を控え、利用者や地域のニーズを正確に把握し、全職員でより良い施設づくりに取り組んでいる姿勢は高く評価できる。

平成22年7月に福祉サービス第三者評価を受審し、現在に至るまで明確になった課題を改善すべく努力を重ね、課題の多くが実際に改善されてきている。なかでも当施設の全職員の意見を反映し、事務組合全体とも整合性の採れた理念・基本方針に基づいたサブ理念（スローガン）が明文化され、職員の行動規範となった意義は大きい。

さらに、2回の受審をきっかけに、利用者や家族へのサービスの質の向上に対して、職員が一丸となって意欲的に取り組む姿勢が醸成されてる。中でも新たに看取りに取り組んだことは医療との連携も含めて職員の自信となり、家族の方の信頼を増している。また、学童を含む地域住民や地元企業から積極的なボランティア協力がなされており、地域の拠点として今後もその活用が期待される。

#### ◇改善を求められる点

設備面に加え、事業内容や人事面も含めた中・長期的なビジョンと職員の意見も反映された単年度計画の策定がなされる取組みが望まれる。また、正規職員への登用の仕組みづくりや職員のキャリアパスのあり方について、もう一步踏み込んだ改革改善が望まれる。

また、平成28年の大規模改修に向けて、多床室のみという現状をいかに付加価値のある施設環境に改善できるか、当施設ならではの施設づくりに向けて、役職員が一丸となって邁進するよう期待したい。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

初回の第三者評価受審以降、職員の意識改革と利用者へのサービス向上を目指し、改革と改善に取り組む3年が経過した今回、我々の意図する目標にある程度近づけたのではないかと評価、分析しています。

今後は、達成半ばである運営、人事に関する領域や、建物の改修による環境改善等、ハード・ソフト両面において更なる強化を目指し、地域ニーズや要望等を確実に反映できるよう積極的に取り組みます。

常に客観的な視点を持ち、適度な緊張感の中、明るく生き生きとした成長し魅力ある職場作りに努め、他をリードし他の模範となる施設を目指します。

⑥各評価項目にかかる第三者評価結果  
(別紙)

## 評価細目の第三者評価結果

### 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 |       |
|---------------------------------|--|---------|-------|
|                                 |  | 特養      | デイ    |
| I-1-(1) 法人や事業所の理念、基本方針が確立されている。 |  |         |       |
|                                 | I-1-(1)-① 法人や事業所の理念が明文化されている。          | Ⓐ・b・c   | Ⓐ・b・c |
|                                 | I-1-(1)-② 法人や事業所の理念に基づく基本方針が明文化されている。  | Ⓐ・b・c   | Ⓐ・b・c |
| I-1-(2) 法人や事業所の理念や基本方針が周知されている。 |  |         |       |
|                                 | I-1-(2)-① 法人や事業所の理念や基本方針が職員に周知されている。   | Ⓐ・b・c   | Ⓐ・b・c |
|                                 | I-1-(2)-② 法人や事業所の理念や基本方針が利用者等に周知されている。 | a・Ⓑ・c   | a・Ⓑ・c |

#### 所見欄

前回受審後、理念・基本方針が明文化された。施設の理念は施設長はじめ、職員全員で考えて作成されたことは評価できる。また、事務組合の理念との整合性も図られており、加えて、より良いケアのため独自のサブ理念（スローガン）を掲げていることも評価できる。

さらに、新人研修、職員会等において、施設長による理念・基本方針の説明、事業所内への掲示を通して職員への周知が図られ、職員の行動規範となっている。利用者等へは、季刊の施設だより等で周知はなされているが、全家族にはいならず、認知症の方への周知方法の検討も含め、さらなる努力を期待したい。

#### I-2 計画の策定

|                                 |                                    | 第三者評価結果 |       |
|---------------------------------|------------------------------------|---------|-------|
|                                 |                                    | 特養      | デイ    |
| I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 |                                    |         |       |
|                                 | I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。          | a・Ⓑ・c   | a・Ⓑ・c |
|                                 | I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。 | a・Ⓑ・c   | a・Ⓑ・c |
| I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。        |                                    |         |       |
|                                 | I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。      | a・Ⓑ・c   | a・Ⓑ・c |
|                                 | I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。         | a・Ⓑ・c   | a・Ⓑ・c |
|                                 | I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。       | a・Ⓑ・c   | a・b・Ⓒ |

#### 所見欄

多数かつ多種の施設等をかかえる事務組合の経営の複雑さも見られるが、四半世紀あまりを経過した施設の老朽化に伴う改修や設備等、ハード面に関する長期計画は策定されているが、ソフト面でのビジョンを達成するための計画が策定されていない。

年度の事業計画に際しては、可能なところから全職員で意見を積み上げて作成している。また、今後の大規模改修にも利用者の状況等を踏まえて、職員全員で取り組んでいる点は高く評価できる。

今後、福祉サービスの質の向上と地域と共に歩む施設づくりに焦点をあて、ソフト面も含めた中・長期的なビジョンと単年度計画の策定がなされる仕組みづくりへの事務組合全体の取組みと、職員や通所介護の利用者等へより一層の周知の努力が望まれる。

### I-3 管理者の責任とリーダーシップ

|                              |                                | 第三者評価結果 |       |
|------------------------------|--------------------------------|---------|-------|
|                              |                                | 特養      | デイ    |
| I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。     |                                |         |       |
| I-3-(1)-①                    | 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。      | Ⓐ・b・c   | Ⓐ・b・c |
| I-3-(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   | a・Ⓑ・c |
| I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 |                                |         |       |
| I-3-(2)-①                    | 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。     | a・Ⓑ・c   | a・Ⓑ・c |
| I-3-(2)-②                    | 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。 | a・Ⓑ・c   | a・Ⓑ・c |

#### 所見欄

|   |
|---|
| <p>施設長は前任者からの継続性を尊重しながら、朝礼や会議等の機会を通じて示している。遵守すべき法令等はリスト化までは至っていないが、書類として正確に整備されている。新規の情報については事務組合が開催する施設長会への参加や研修会等にて情報を得ている。</p> <p>また、当施設で初めての看取りに取り組むなど、ケアの現場に出向き、日々のサービス提供の場で気づいたこと等を職員会で提示する等、サービスの質の向上に意欲をもち改善に向けた取組みを行い、施設長補佐をはじめ皆から信頼を得てきている。</p> |
|---|

### 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

#### Ⅱ-1 経営状況の把握

|                             |                                | 第三者評価結果 |       |
|-----------------------------|--------------------------------|---------|-------|
|                             |                                | 特養      | デイ    |
| Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 |                                |         |       |
| Ⅱ-1-(1)-①                   | 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。        | a・Ⓑ・c   | a・Ⓑ・c |
| Ⅱ-1-(1)-②                   | 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。 | Ⓐ・b・c   | Ⓐ・b・c |
| Ⅱ-1-(1)-③                   | 外部監査が実施されている。                  | —       | —     |

#### 所見欄

|  |
|--|
| <p>地域の現状については、町行政や居宅支援事業所等との情報交換を通して把握されている。さらに、稼働率や収支状況については、毎月報告、説明を実施し、職員会において周知を図り、経営状況の課題把握につなげている。今後、施設の改善策等が、中・長期計画に反映される仕組みづくりが望まれる。</p> |
|--|

#### Ⅱ-2 人材の確保・養成

|                          |                          | 第三者評価結果 |       |
|--------------------------|--------------------------|---------|-------|
|                          |                          | 特養      | デイ    |
| Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。 |                          |         |       |
| Ⅱ-2-(1)-①                | 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。 | a・Ⓑ・c   | a・Ⓑ・c |
| Ⅱ-2-(1)-②                | 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。  | a・Ⓑ・c   | a・Ⓑ・c |

|                                 |   |         |         |
|---------------------------------|---|---------|---------|
| II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。     |   |         |         |
|                                 | II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。             | a・(b)・c | a・(b)・c |
|                                 | II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。                       | a・(b)・c | a・(b)・c |
| II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 |   |         |         |
|                                 | II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。                        | (a)・b・c | (a)・b・c |
|                                 | II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。 | a・(b)・c | a・(b)・c |
|                                 | II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。                     | a・(b)・c | a・(b)・c |
| II-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。     |   |         |         |
|                                 | II-2-(4)-① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。    | a・(b)・c | a・(b)・c |

所見欄

|   |
|---|
| <p>人事管理については、事務組合の一括管理であり、必要人員や必要職種の要望等を事務組合に提出する等の努力が行われている。定例の施設長会で人員体制の確立についての要望が提示されてはいるが、今後、事務組合としての人員体制整備についての仕組みづくりを期待したい。</p> <p>人事考課については、職員へのフィードバックの仕組みを構築することが望まれると同時に、標準的な職員像を組織として提示することが望まれる。有給休暇の取得状況は把握されているが、職員のために有効に活用されることが期待される。</p> <p>新任職員研修をはじめ、各種研修は実施されている。今後は、施設としても、職員個人としても質の向上が図れるよう、計画的な研修計画の策定、研修結果の評価、分析につながる仕組みづくりを期待したい。</p> <p>実習生の受け入れについては、施設の社会的役割から、今後は積極的な取組みが望まれる。</p> |
|---|

II-3 安全管理

|                                   |   | 第三者評価結果 |         |
|-----------------------------------|---|---------|---------|
|                                   |   | 特養      | デイ      |
| II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。 |   |         |         |
|                                   | II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。 | (a)・b・c | (a)・b・c |
|                                   | II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。                 | (a)・b・c | (a)・b・c |
|                                   | II-3-(1)-③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。                | (a)・b・c | (a)・b・c |

所見欄

|   |
|---|
| <p>利用者の安全は、事故防止指針、マニュアルの整備、委員会の設置、ヒヤリハットや事故が発生した時の分析と報告及び防止策の検討会の開催、研修会の開催、定期的な訓練、日々の申し送りでの報告等を通じて安全確保のための体制が整備されている。</p> <p>さらに、各種災害を想定した訓練が実施され、自治体や消防等と連携した訓練も実施されている。</p> |
|---|

## II-4 地域との交流と連携

|                               |   | 第三者評価結果 |         |
|-------------------------------|---|---------|---------|
|                               |   | 特養      | デイ      |
| II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。   |   |         |         |
|                               | II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。            | a・(b)・c | a・(b)・c |
|                               | II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。             | a・(b)・c | a・(b)・c |
|                               | II-4-(1)-③ ボランティア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 | (a)・b・c |
| II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。    |   |         |         |
|                               | II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。                 | (a)・b・c | (a)・b・c |
|                               | II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。             | (a)・b・c | (a)・b・c |
| II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 |   |         |         |
|                               | II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。                 | (a)・b・c | (a)・b・c |
|                               | II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。        | a・(b)・c | a・(b)・c |

### 所見欄

地域とのかかわりについては、基本方針で明示されている。近隣住民や地元企業から進んでボランティアに協力してくれる地域性からも、今後は、利用者の地域行事への参加促進のためにひと工夫された取組みを期待したい。さらに、施設機能を地域へ還元するために、家族介護教室や講習会等を開催し、双方向の交流が深まる取組みが望まれる。

サービス担当者会議に施設を提供するなど、関係機関との連携は適切に行われ具体的な福祉ニーズの把握に努め、それに基づいた事業活動を実施している。

## 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 |         |
|------------------------------------|--|---------|---------|
|                                    |  | 特養      | デイ      |
| III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。      |  |         |         |
|                                    | III-1-(1)-① 利用者を尊重した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 | (a)・b・c |
|                                    | III-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。      | (a)・b・c | (a)・b・c |
| III-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。          |  |         |         |
|                                    | III-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。         | (a)・b・c | (a)・b・c |
| III-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。 |  |         |         |
|                                    | III-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。              | (a)・b・c | (a)・b・c |
|                                    | III-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。             | (a)・b・c | (a)・b・c |
|                                    | III-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。                | (a)・b・c | (a)・b・c |

所見欄

利用者を尊重する姿勢は、基本方針やサブ理念（スローガン）に掲げられ、各種対応マニュアルは整備され、朝礼や職員会、研修会等で職員への周知が図られている。

利用者や家族の意見や要望等については、満足度調査を定期的実施して汲み上げている。また、マニュアルの作成、担当者の配置、日常的な言葉かけ等を行い迅速かつ適切に対応し、サービスの改善に反映させる努力をしている。現在、苦情の申し出はほとんどない状況であるが、意見箱の設置や職員の日々のこまめな声掛けにより、利用者や家族が苦情や意見を申し出やすい環境の工夫が常になされている。苦情については、地区内の他施設の担当者が集まって話し合い、情報を共有する場も設けている。さらに、4 人部屋という多床室がほとんどの環境の中で工夫と配慮によりプライバシーを保護する取組みが常になされている。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

|                                   |   | 第三者評価結果 |       |
|-----------------------------------|---|---------|-------|
|                                   |   | 特養      | デイ    |
| Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。    |   |         |       |
| Ⅲ-2-(1)-①                         | サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。                   | Ⓐ・b・c   | a・Ⓑ・c |
| Ⅲ-2-(1)-②                         | 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。 | Ⓐ・b・c   | Ⓐ・b・c |
| Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。 |   |         |       |
| Ⅲ-2-(2)-①                         | 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。         | a・Ⓑ・c   | a・Ⓑ・c |
| Ⅲ-2-(2)-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・Ⓑ・c   | a・Ⓑ・c |
| Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。      |   |         |       |
| Ⅲ-2-(3)-①                         | 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。                   | Ⓐ・b・c   | Ⓐ・b・c |
| 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   | Ⓐ・b・c |
| Ⅲ-2-(3)-③                         | 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。                      | Ⓐ・b・c   | Ⓐ・b・c |

所見欄

今回の福祉サービス第三者評価は二度目の受審である。前回の受審で明確になった課題の多くは改善された。今回も全職員がかかわって自己評価を行い、その過程で気づいた課題について改善の努力がなされている。今後は定期的な自己評価の実施体制が組めるものと期待される。

提供するサービスの標準的な実施方法は、事務組合が作成しているマニュアルを基準としている。今後は定期的な見直しに加え、最新の情報や考え方を盛り込みながら、当施設内で実践可能なマニュアルの整備を、組織的に取り組む努力を期待したい。

サービス実施の記録については、パソコンのネットワークシステムが導入され、全職員が入力・確認でき、情報の共有化を図っている。また、新任職員の記録はリーダー等が確認する仕組みも整っている。なお、記録は閲覧できるがパスワード管理がなされ、データは外部に持ち出せない仕組みになっている。

### Ⅲ-3 サービスの開始・継続

|                                 |   | 第三者評価結果 |         |
|---------------------------------|---|---------|---------|
|                                 |   | 特養      | デイ      |
| Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。    |   |         |         |
|                                 | Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。             | a・(b)・c | a・(b)・c |
|                                 | Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。               | (a)・b・c | (a)・b・c |
| Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。 |   |         |         |
|                                 | Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。 | (a)・b・c | a・(b)・c |

#### 所見欄

|  |
|--|
| <p>サービス選択に必要な情報提供については、見学、体験など随時行っている。また、サービス開始にあたっては、詳しい資料を用いて丁寧な説明が行われ、同意を得て契約が行われている。</p> <p>施設退所は医療機関への移行がほとんどであるが、重要事項説明書にサービスの継続性に配慮した対応を行うことを明記しており、移行時には介護、看護要約の提供を行い継続性を担保している。</p> |
|--|

### Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

|                                  |                                      | 第三者評価結果 |         |
|----------------------------------|--------------------------------------|---------|---------|
|                                  |                                      | 特養      | デイ      |
| Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。       |                                      |         |         |
|                                  | Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。   | (a)・b・c | (a)・b・c |
| Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。 |                                      |         |         |
|                                  | Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。        | (a)・b・c | (a)・b・c |
|                                  | Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。 | a・(b)・c | (a)・b・c |

#### 所見欄

|  |
|--|
| <p>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、利用者の状況把握及び家族の意向を踏まえて、サービス実施計画が策定されている。毎月のモニタリングの結果から新たなニーズの抽出を行うなど、より良いプランづくりに一層の努力を望みたい。</p> |
|--|



## 1 支援の基本

|                                       | 第三者評価結果 |         |
|---------------------------------------|---------|---------|
|                                       | 特養      | デイ      |
| 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。  | a・(b)・c | (a)・b・c |
| 1-① 利用者の心身の状況に合わせ、自立した生活が営めるよう支援している。 | —       | —       |
| 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・(b)・c | a・(b)・c |

### 所見欄

生活歴の聴き取りをし利用者の生活リズムを整え、利用者一人ひとりに応じた過ごし方ができるよう配慮されている。趣味活動の種類も豊富に取り揃え、利用者の心身の状況等に合った活動に参加できるよう考慮されている。

利用者とのコミュニケーションでは傾聴を心がけているが、接遇会議を定期的実施するなど、より一層の処遇技術の向上に取り組むことが望まれる。

## 2 身体介護

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

### 所見欄

入浴設備が古いという制約があるなかで、利用者の心身の状態に応じて入浴形態や方法を工夫している。通所介護では、衝立や暖簾を活用してプライバシーに配慮している。

排泄については、利用者の排泄リズムを把握し、一人ひとりに合わせた介助や誘導を実施している。また、トイレでの排泄を可能な限り支援している。前回と比べて、入口のカーテン設置など、排泄中のプライバシーが確保されるよう改善がなされている。

移乗・移動については、利用者の心身の状態や要望に応じて、安全に配慮して行っている。皮膚トラブルを起こしやすい方に対しては、二人介助を実施しトラブル防止に努めている。車いすの点検・整備は適切に実施されている。通所介護では自由に設置できるスロープを利用して段差を解消している。

褥瘡（床ずれ）の発生予防については指針に基づき積極的に取り組み、定期的な体位変換、清潔な皮膚の保持、栄養管理等総合的な対応ができており、褥瘡が発生している利用者はいない。また、最新の褥瘡予防と治療について看護師が学習し導入している。通所介護では少数ではあるが、ケアマネジャーと連携し、必要に応じて除圧や処置を実施している。

### 3 食生活

|                                    | 第三者評価結果 |       |
|------------------------------------|---------|-------|
|                                    | 特養      | デイ    |
| 3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。          | ㉠・b・c   | ㉠・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   | ㉠・b・c |
| 3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。          | ㉠・b・c   | ㉠・b・c |

#### 所見欄

|   |
|---|
| <p>新鮮な旬の食材を用いたり、選択食を取り入れる等、利用者に満足してもらえるよう努力している。また、安全に安心して食事ができるよう、いすやテーブルの高さを調節している。通所介護では、雰囲気づくりのため花や観葉植物を飾ったり、気の合う利用者同士の配席を行うなどの配慮をしている。</p> <p>安全な食事摂取のため、栄養士や看護師等と連携を図り、利用者の嚥下状態や心身の状況に応じた食事の提供・介護を行っている。さらに、一人ひとりの栄養ケア計画を作成し定期的に見直しを行っている。</p> <p>口腔ケアについては、利用者全員の口腔ケアを実施している。毎月、歯科医師または歯科衛生士の助言指導を受けている。通所介護では常時口腔体操を実施している。食事提供時間については、利用者の意向を確認し提供時間の見直しが望まれる。</p> |
|---|

### 4 終末期の対応

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

|   |
|---|
| <p>終末期の対応マニュアルを整え、嘱託医の協力も得て、看取りを行なう中で職員の経験や意識は高まっている。</p> |
|---|

### 5 認知症ケア

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

#### 所見欄

|   |
|---|
| <p>現在半数以上の利用者は認知症であり、一人ひとりの状態に配慮した介護を行う努力をしている。できる限り、支持的、受容的な関わりや態度を重視した支援を実施し、利用者が日々の生活の中で少しでも役割が持てるよう工夫している。通所介護では洗剤や薬品等危険物の管理を適切に実施し、サービス利用時の様子を家族に伝えるなどして、より良いケアの方法を家族と共有するようにしている。</p> |
|---|

## 6 機能訓練・介護予防

|                                     | 第三者評価結果 |       |
|-------------------------------------|---------|-------|
|                                     | 特養      | デイ    |
| 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   | Ⓐ・b・c |

### 所見欄

一人ひとりに応じた機能訓練プログラムを作成し、実施、評価、見直しを行っている。さらに、レクリエーションや趣味活動等において、利用者が主体的に取り組めるよう努力している。通所介護では、自宅での生活環境、利用者ニーズ、身体状況に応じたメニューの設定と評価が行われている。

## 7 健康管理・衛生予防

|                                     | 第三者評価結果 |       |
|-------------------------------------|---------|-------|
|                                     | 特養      | デイ    |
| 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   | Ⓐ・b・c |
| 7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。             | Ⓐ・b・c   | Ⓐ・b・c |

### 所見欄

日々、利用者の健康チェックを行い、結果を記録し、職員への周知を図ることにより情報を共有し、利用者の体調変化に迅速に対応している。また、夜間においても緊急時対応マニュアルに基づき対応する体制が取れている。

さらに、感染症に関するマニュアルを作成し、予防策や対応方法を明らかにし、全職員で感染症予防に取り組んでいる。また、研修により知識と専門性を高め、常に万全の体制を整えている。通所介護では、家族への感染症予防への協力依頼を実施し、来館者には掲示による呼びかけを実施している。

## 8 建物・設備

|                                  | 第三者評価結果 |       |
|----------------------------------|---------|-------|
|                                  | 特養      | デイ    |
| 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   | Ⓐ・b・c |

### 所見欄

ベッドサイドはじめ施設内は整理整頓され、常に清掃され清潔な環境になっている。日中は食堂を談話スペースにして開放、廊下にも談話コーナーを設置するなど随所に工夫が見られる。福祉用具の定期点検も確実に実施されている。

通所介護では、利用者のニーズに沿って畳部屋の一部をフローリングに改修したり、歩行時につまづく恐れのある段差にスロープを設置するなど配慮がなされている。

## 9 家族との連携

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

所見欄

入所者の家族には季刊紙を送付し、敬老会の案内に合わせて家族からメッセージをもらうようにしている。そのメッセージは写真と一緒にいつでも見られるようにベッドサイドに飾られるなどの工夫がなされている。家族会は年4回開催され、家族が主体的に開催している。

通所介護では、主に連絡ノートを通して家族との連携を図ると同時に、自宅での生活状況を把握するために家族への聞き取り、ケアマネジャーへの利用状況報告を適宜行い、家族との疎通を図っている。

9 サービス提供体制

|                             | 第三者評価結果 |    |
|-----------------------------|---------|----|
|                             | 特養      | デイ |
| 9-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整えている。 | —       | —  |

所見欄

該当なし