

## 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： デイサービスセンターふれあい	種別： 通所介護
代表者氏名： 理事長 別宮 静	定員（利用人数）： 29名
所在地： 愛媛県西予市野村町野村12号446番地	
TEL： 0894-72-3750	ホームページ： <a href="http://noshiro-f.jp/">http://noshiro-f.jp/</a>
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 平成元年4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： 10名 非常勤職員 1名
専門職員	（専門職の名称）
	介護福祉士 6名 看護師 2名
施設・設備 の概要	（居室数）
	（設備等）
	事務所、相談室、食堂、談話室、 機能訓練室、静養室、特殊浴室等
	鉄筋コンクリート造2階建て

### ③ 理念・基本方針

【理 念】 共生～ともに生きともに育つ～

- 【基本方針】
1. 私たちは、利用者の尊重を大切にし、ともに歩みます
  2. 私たちは、家族との絆を共に深めます
  3. 私たちは、夢を持ち笑顔で、ともに邁進します
  4. 私たちは、安心して暮らせる地域社会をともに築きます
  5. 私たちは、法令を遵守し信頼される法人をともに目指します

### ④ 施設・事業所の特徴的な取組

デイサービスセンターふれあいは、平成27年4月に現在の地に新築移転され、障がい者のグループホームを併設し、運営している。また、日曜日も開所することにより、地域における家族の介護負担軽減に貢献し得るサービス形態を取っている。さらに、半期ごとに施設としての目標を掲げ、職員全員で取り組んでいる。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和2年6月11日（契約日） ～ 令和2年11月18日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2回（平成28年度）

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

デイサービスセンターふれあいは、地域における高齢者及び障がい者の生活を支える拠点として平成27年に新築移転された。

理念・基本方針は、中・長期計画や単年度事業計画に反映され、施設内に掲示されたものを朝礼等で確認することで、職員にしっかりと浸透している。

成長支援制度運営委員会を設け、施設における半期の取組み内容を職員会で検討して設定し、併せて個人目標も設定するなど組織的な取組みが行われている点は評価できる。

◇改善を求められる点

標準的な実施方法の定期的な見直しとともに、変更点や内容の明確化、見直しの経過などが分かる工夫を期待したい。また、事業計画を利用者等に周知するとともに、理解を促す取組みを期待したい。さらに、職務分担表の充実や責任者の明解化を期待したい。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

二回目の第三者評価を受審して、普段の取組を冷静に見直すことができました。出来ていないことや足りない部分は、今後取り組んでいかなければいけないし、どういうふうなことに取り組めば良いかも受審することにより具体的に理解できました。

現行のサービスを見直し、より良いサービスを提供し利用者にさらに満足していただけるよう、また家族や地域との信頼をさらに高められるように取り組んでいきたいと思っております。

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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 理念・基本方針は事業計画などに明文化され、施設内に掲示し職員会で唱和するなど、職員への周知が図られている。利用者や家族に対しては、ホームページや広報誌、パンフレットなどを活用し周知している。		

#### 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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 地域の福祉計画や動向に関する情報を収集している。毎月のサービス稼働率を確認し、事業に関する経営状況等をまとめて分析し、中・長期計画に反映させている。また、毎月の職員会で稼働率を周知し、職員の意識を高めている。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 法人の高齢者部会や運営委員会、統括委員会などで経営状況の分析を行い、職員会で経営課題の共有化を行っている。また、法人の決算時には内部監査のほか、公認会計士による外部監査指導を実施している。経営状況や経営課題の分析と検討がなされ、中・長期計画や単年度事業計画に反映させている。		

## 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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 中・長期計画は、法人の理念・基本方針に基づき、財務管理やサービスの質向上、組織管理、人事管理などの項目に関して策定されている。計画には実践のポイントが具体的に記載され、分かりやすい内容となっている。		
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
<コメント> 単年度計画は、中・長期計画を基に策定され、具体的で実践的な内容となっている。		
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
<コメント> 事業計画は、法人の中・長期委員会などを通じて、職員から聞き取った意見を反映し策定され、職員会で周知している。実施状況については定期的に確認し、計画の見直しが行われている。		
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
<コメント> 事業計画は法人のホームページで公開し、利用者には年度初めに口頭で伝えている。今後は、法人の広報誌「ふれあいの郷」に掲載して配布するなど、利用者や家族への周知方法の工夫を期待したい。		

## 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・c
<コメント> 法人の各種委員会において、サービスの質の向上に関する取組みが検討されている。特に成長支援制度運用委員会では半期ごとに施設の目標を定めるほか、個人目標も設定されるなど、組織的な取組みが行われている。		

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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>前回の福祉サービス第三者評価結果により改善策を検討し、施設における事業の取組みについての利用者満足度調査を実施している。</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>施設長の役割等については職務分担表に明記され、不在時における職務代理者も明確にし、施設内に掲示している。また、職員会や委員会の場で、施設長としての役割や責任等を伝えている。</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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は老人福祉施設協議会や労務関係の研修等に参加し、理解を深めている。また、職員に対しても内部研修等で周知している。</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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は運営委員会や専門委員会において職員の意見を聞き、サービスの質の向上に向けた評価や分析を行い、施設運営にあたっている。また、中・長期計画の目標や課題についても職員に周知している。</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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は経営状況を把握・分析し、適切な職員配置や効率的な経営ができるように努めている。また、各委員会に出席し、施設の中・長期の目標や課題に関して、職員との意見交換を行っている。</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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人として人材確保のための職員採用計画を作成し、県内の学校を訪問するなどリクルート活動に力を入れている。また、実習生や外国人技能実習生の受入れを行っている。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>成長支援制度や人事考課制度により、総合的な人事管理が実施できている。また、人事基準では定期昇給等の法人内規程を設けている。</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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長が定期的に職員との面談を実施し、仕事に関する意向を聞き取っている。また、資格取得に向けては、法人として助成金による支援体制を整えている。リフレッシュ休暇やメンタルヘルス対策を講じて、職員の心身の健康についても配慮している。</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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>成長支援制度において各部署で目標を掲げるほか、個人の目標と具体的行動を明らかにしている。また、施設長が定期的に面談を実施し、目標に対する進捗状況や反省点などの意見交換を行っている。</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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員研修計画は、年度計画に沿って作成している。職員は、人事考課制度において自らが参加を希望する研修について自己申告し、階層別研修や外部研修に参加している。</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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人として階層別研修を整備し、研修に関する年度計画を作成して、全職員に研修の機会を設けている。エルダー制度（中堅職員による新人教育システム）を導入し、新人職員の教育を行っている。</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>法人・施設として、実習生を受け入れている。今後は、実習指導者研修の受講や具体的な実習プログラムの作成などの体制整備を期待したい。</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。	<b>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人のホームページや広報誌において、理念・基本方針、施設の事業報告や決算報告を公開している。</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。	<b>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>公認会計士の指導を受け、決算の確認と助言を得ている。また、年2回内部監査のほか監事監査を行い、事業経営や運営に関する助言を得るなど、適切な取組みが行われている。</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。	<b>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ふれあい館祭りを年1回実施して地域住民との交流を図るほか、幼稚園や保育所、ボランティアとの交流も行っている。利用者に対して、地域の行事等に関する情報発信を行っている。また、行政手続の説明など日常生活での困り事にも対応し、利用者の地域資源に関する意識高揚に努めている。</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。	<b>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティア活動の受け入れマニュアルを作成し、学生のボランティア体験事業などに協力している。</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>介護保険連絡会やサービス担当者会議において、地域内の情報収集を行うとともに、利用者の状況を検討している。また、西予市医療・介護連携シートも活用して情報交換を行っている。</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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>中・長期計画に地域貢献を掲げ、年1回開催している地域連携講演会において、参加者からのニーズを把握している。また、地域の福祉ニーズに関する調査も行っている。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等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>ミュージックケアの出前講座の開催や独居高齢者宅のゴミ回収など、地域貢献活動を行っている。また、施設は市から福祉避難所の指定を受けており、地域住民にも周知している。今後は、法人が有する福祉サービスの専門的知識・技術や情報について、地域への積極的な提供を期待したい。</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>福祉サービスの提供に関する倫理綱領や介護支援指針を作成しており、職員会や研修等で周知し実践している。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保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>プライバシー保護マニュアルを作成して職員に周知し、入浴や排泄時など特に配慮を要する場合の対応について職員会で検討している。虐待や身体拘束、権利擁護に関する研修を開催している。</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。	㉠・b・c
＜コメント＞ 法人のホームページや広報誌において、理念・基本方針や施設の事業概要など必要な情報を提供している。		
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
＜コメント＞ サービス開始・変更時には、利用者や家族が分かりやすいように工夫した資料を作成するとともに、説明し同意を得ている。		
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・㉠・c
＜コメント＞ 福祉サービスの内容や事業所の変更にあたり、担当介護支援専門員と協議を行い、適切な福祉サービスの提供に努めている。契約終了時には、その後の対応について利用者や家族に口頭で伝えているが、今後は文書等も含めた対応を期待したい。		
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。	㉠・b・c
＜コメント＞ 年1回利用者満足度調査を実施するほか、日頃から利用者一人ひとりの意見や要望を聞き取っている。得られた情報を基にして、月1回の職員会でサービスの改善内容を検討し、より良いサービスを実施している。		
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・c
＜コメント＞ 意見箱の設置や定期的なアンケートの実施など、苦情解決の仕組みが整備されている。また、アンケート結果を家族に配布するほか、広報誌で公表している。		
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。	㉠・b・c
＜コメント＞ 事務室や相談室で聞き取りをするとともに、施設内の複数個所にソファを設置するなど、利用者が相談や意見を述べやすい環境を整えている。		

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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決に関する規程やマニュアルを整備している。利用者から得られた意見や相談内容などは、サービス担当者会議や職員会で検討し対応している。</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・Ⓑ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ヒヤリハットや事故発生時には直ちに職員に周知し、分析と再発防止に向けた検討を行っている。さらに、毎月の職員会で再度周知し、再発防止に向けた話し合いが持たれている。事故発生時対応マニュアルや緊急対応マニュアルが整備され、職員に周知されている。今後は、リスクマネジメントに関する責任者を明確にすることを望みたい。</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・Ⓑ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染対策指針や感染症対応マニュアルが作成され、年2回の研修等で職員に周知している。今後は、法人内の看護師等と連携し、定期的なマニュアルの見直しを実施するとともに、見直しの経過が分かる工夫を期待したい。</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・Ⓑ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>防災計画を作成し、ふれあい館全体で年2回防災・避難訓練を行っている。法人として近隣の他施設で3日分の水を備蓄している。今後は、法人のBCP（事業継続計画）に基づいた体制を整備さ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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者へのサービスについて標準的な実施方法が整備され、職員がいつでも確認できるようになっている。また、エルダー制度などを活用し、実施状況を確認する仕組みが整備されている。</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。	a・Ⓑ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>標準的な実施方法について、適宜見直しが行われている。今後は、定期的な見直しとともに、変更点や内容の明確化、見直しの経過が分かる工夫などを期待したい。</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
＜コメント＞ 施設の責任者を中心に、利用者の状況やニーズなどを把握し、職員でカンファレンスを行い、通所介護計画を作成している。		
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
＜コメント＞ 通所介護計画は6か月を基本として見直し、利用者や家族の同意を得ている。利用者の状況が変化した際には計画を見直し、新たな計画を作成している。		
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
＜コメント＞ 利用者の日常の様子などはパソコンで記録し、職員が情報を共有できる仕組みとなっている。また、食事や水分、排泄状況などについてのチェック表を適宜活用している。		
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
＜コメント＞ 利用者の個人記録は事務所内の保管庫に保管され、鍵がかかるようになっている。個人情報に関する文書等管理規則に基づき、徹底管理している。		

## A-1 生活支援の基本と権利擁護

### A-1- (1) 生活支援の基本

	第三者評価結果
A① A-1-(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
A② A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	非該当
A③ A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っている。	非該当
A④ A-1-(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

アセスメント及びサービス担当者会議で把握した利用者の状況を踏まえて対応している。脳トレーニングや塗り絵、間違い探しなど、利用者一人ひとりの嗜好や能力に応じた活動を充実させている。また、集団での体操やレクリエーションなども工夫している。

コミュニケーションについては、朝礼やミーティングなどで利用者の発言内容を職員に周知し共有している。また、利用者の特性を踏まえて、筆談や糸電話などコミュニケーション手段を工夫して意思疎通を図っている。

### A-1- (2) 権利養護

	第三者評価結果
A⑤ A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	㉠ - c

#### 所見欄

高齢者の尊厳保持や権利侵害防止などに対するマニュアルを整備するとともに、身体拘束等行動制限についての取扱要領によって取組みの具体的な方針を示している。また、虐待防止チェックリストを作成しており、職員が年2回確認している。

## A-2 環境の整備

### A-2- (1) 利用者の快適性への配慮

	第三者評価結果
A⑥ A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	㉠・b・c

所見欄

施設内は広く明るい空間であり、フロアも段差がなく移動が容易である。利用者は複数のソファやベッド、畳の空間などの自由な場所で心地よく過ごしている。また、新しい建物であり、空調設備や電気設備も整備されている。

**A-3 生活支援**

**A-3- (1) 利用者の状況に応じた支援**

	第三者評価結果
A⑦ A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	㉑・b・c
A⑧ A-3-(1)-② 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	㉑・b・c
A⑨ A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	㉑・b・c

所見欄

利用者の状況によって特殊機械浴槽や個別浴槽、チェア浴槽、大浴槽などを選ぶことができる。入浴したくないとの訴えがある利用者に対しては、無理強いせず適切に対応している。

トイレは車いすでも入ることができる広さで、便器等の配置や手すりの位置が異なるトイレが4室ある。前かがみの姿勢を安定させることができるレストテーブルも設置されている。利用者一人ひとりの排泄状況を把握し、ウォシュレット機能を活用して排便を促すなど、トイレですっきりと排泄できるよう支援している。

移動は杖や押し車、車いすなどを活用し、職員が付き添いや見守り介助をして安全を確保している。

**A-3- (2) 食生活**

	第三者評価結果
A⑩ A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	㉑・b・c
A⑪ A-3-(2)-② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	㉑・b・c
A⑫ A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a・㉒・c

所見欄

嗜好調査を行うほか、普段の会話の中から好き嫌いを把握し、メニューに反映している。また、月3回程度、選択メニューも実施している。さらに、感染症発症時の食事対応マニュアルも備え、食中毒やノロウイルスなどへの対応にも備えている。

食事介護に関するマニュアルを作成し、職員に周知している。食形態は、利用者の嚥下状況に応じて提供している。また、自助食器も使用している。

食事前には口腔体操を行い、食後の口腔ケアは利用者自身ができない部分の支援を行っている。今後は、歯科医や歯科衛生士と連携するほか、外部研修の参加等の取組みを期待したい。

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア

	第三者評価結果
A⑭ A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	㉠・b・c

所見欄

入浴や排泄介助時に、利用者の皮膚状態を観察している。また、状態に応じて看護師による処置が行われている。また、福祉用具等を利用するとともに、体位交換なども随時行っている。

A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養

	第三者評価結果
A⑭ A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	非該当

所見欄

非該当

A-3-(5) 機能訓練、介護予防

	第三者評価結果
A⑭ A-3-(5)-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

理学療法士を配置し、利用者の心身の状況に応じた機能訓練を実施している。また、自宅でできる機能訓練などの情報提供も行っている。機能訓練計画は、3か月に1回見直しをしている。

### A-3-(6) 認知症ケア

	第三者評価結果
A⑯ A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	㉑・b・c

#### 所見欄

「私が生まれた時シート」を活用して、利用者一人ひとりの生活史や認知症の状態を把握し、安心して過ごせるように対応している。また、家族にも適宜報告し、助言を行っている。

### A-3-(7) 急変時の対応

	第三者評価結果
A⑰ A-3-(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、取組を行っている。	㉑・b・c

#### 所見欄

自宅へ迎えに行った際に利用者の体温チェックを行い、家族からも体調を確認している。また、施設到着後に看護師がバイタルチェックを行っている。施設内で体調が急変した場合は、家族に随時連絡し対応している。

### A-3-(8) 終末期の対応

	第三者評価結果
A⑱ A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	非該当

#### 所見欄

非該当

## A-4 家族等との連携

### A-4-(1) 家族等との連携

	第三者評価結果
A⑨ A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	㉑・b・c

#### 所見欄

送迎時には、家族に施設での様子や状況を報告し、家族不在の際には連絡帳や電話などで報告している。サービス担当者会議では、担当介護支援専門員や家族に情報提供し、適切に連携を図っている。

## A-5 サービス提供体制

### A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制

	第三者評価結果
A⑩ A-5-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。	非該当

#### 所見欄

非該当