

(通所介護版)

(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：デイサービスセンターふれあい | 種別：通所介護事業所 | |
| 代表者氏名：理事長 別宮 静 | 定員（利用人数）：29名（21名） | |
| 所在地：西予市野村町野村12号446番地 野城ふれあい館 | | |
| TEL：0894-72-3570 | ホームページ：http://nosiro-f.jp | |
| 【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：11名 非常勤職員1名 | |
| 専門職員 | （専門職の名称） 名 | |
| | 介護福祉士 7名 | 正看護師 1名 |
| | 理学療法士 1名 | 准看護師 1名 |
| | 管理栄養士 1名（特養法正園兼務） | |
| 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、特殊浴室など | 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、利用者の尊厳を大切にし、ともに歩みます。
 2. 私たちは、家族との絆をともに深めます。
 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、法令を順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

当施設は平成27年4月に地域福祉の拠点としての役割を担うことを目指して、旧野村町の中心地域（商店街）に移転し、日曜日も開所している。

利用者の状態については、家族や関係機関等と情報交換が密に行われていたり、毎月職員会でも情報共有をして適切なサービス提供に努めている。

(通所介護版)

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|---------------------------------------|
| 評価実施期間 | 平成28年8月9日（契約日）～ 平成28年9月5日（評価結果確定日） |
| 受審回数(前回の受審時期) | 初回（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、平成元年4月に野村町デイサービスセンターとして特別養護老人ホーム法正園に併設して開設され、平成8年に社会福祉法人野村町社会福祉協会に移譲された。

平成26年4月に社会福祉法人城川町社会福祉協会と合併して、社会福祉法人西予市野城総合福祉協会（以下、法人という）となる。

平成27年4月に、法人が地域福祉の拠点として野城ふれあい館を開設し、障害者の共同生活事業所や、就労支援事業所が運営する店舗等と共に運営されている。

理念や基本方針は、平成26年の法人合併時に職員から募集し策定された。現在も職員会で唱和され、職員の行動規範となっていることは大いに評価できる。

食事には力を入れており、食材や調理法、盛り付けにいたるまで趣向を凝らし、利用者の声も聞きながら提供されている。

多目的トイレが4か所あり、手すりや便器の方向などそれぞれ違い、利用者の状態に応じて適切に使用することができるようになっている。

◇改善を求められる点

法人として「求める職員像」といった抽象的に示されたものはあるが、より具体的に知識や技術の内容・水準について明示し、それに基づき職員の教育・研修に取り組むよう期待したい。

また、旧野村町の中心という立地条件を生かした、地域との交流や地域貢献に取り組むよう期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、初めて第三者評価を受審したことで、客観的に自事業所を見つめることができ、とても勉強になりました。

自己評価の過程で事業所の実態や利用者様へのサービス状況を確認することで、「気づきや意欲」を得たり、組織としてのあるべき姿や目指すサービスの方向性を職員間で共有したことによって、チーム力の向上につながったと思います。

今後も「一期一会」の気持ちを大切にして、利用者様にとって「生きがい」となるデイサービスを目指して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（45項目）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、基本方針は明文化されており、毎月の職員会で唱和するなど職員への周知は図られている。 利用者や家族に対しては、法人の広報誌やホームページに記載するなど周知が図られている。さらに周知ができるよう、より一層の工夫を期待したい。 | | |

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> 市担当課との学習会で地域の動向や福祉サービスについての意見交換や状況の把握に努めている。その結果として、日曜日に開所することになり、利用者に好評を得ている。 財務状況の現状分析や月毎の稼働率についても、把握・分析が行われている。 | | |
| 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> 定期的に経営状況や事業の評価が行われ、改善すべき課題を明確にし、具体的な取り組みが行われている。 また、職員会等で、稼働率や収支状況の報告、経営方針や将来への展望などの説明がされており、職員への周知が図られている。 | | |

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 |
| <p><コメント></p> <p>中・長期計画については、法人の理念・基本方針に基づき、経営の健全化、人材の育成と確保、組織力の強化、良質なサービスの提供の各課題に対して、中・長期委員会にて策定されている。</p> <p>計画は各年度毎に達成すべき目標が具体的に示されており、定期的にその内容の評価・見直しも行われている。</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。 | Ⓐ・b・c |
| <p><コメント></p> <p>事業計画は中・長期計画や前年度の事業評価などを基にして策定されており、実現可能な内容となっている。</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></p> <p>職員一人ひとりから意見を聞きとり、それを取りまとめて計画を策定している。</p> <p>年度末だけでなく、年度途中においても計画についての評価を行い、計画の進捗状況を確認する取組みが行われている。</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></p> <p>基本方針、行事計画はホームページでも確認することはできるが、周知への取組みとしては十分ではない。</p> <p>今後は、分かりやすく説明した資料を作成するなど、利用者等への周知について工夫をす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></p> <p>法人内の運営委員会においてサービス改善についての取組みが行われているが、PDCAサイクルに基づいて十分に評価・検討が行われるまでには至っていない。</p> <p>今後は、PDCAサイクルに則った評価が行われるよう、体制が整備されることを期待したい。</p> | | |

(通所介護版)

| | | |
|---|--|-------|
| 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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>今回、福祉サービス第三者評価の受審は初めてであり、結果の分析等はこれからである。独自の利用者満足度調査を実施しており、そこで明確になった課題に対しては検討し改善に向けた取組みを行うとともに、その内容について公表している。</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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>施設長の役割や責任については、職務分担表において不在時の職務代理者の選任を含めて明記されている。</p> <p>また、職員会において、今後の福祉サービスや事業所の方向性について職員に対して説明している。</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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>施設長は福祉分野に限らず、労働関係等の順守すべき法令の理解に向けて研修会等に参加している。また、職員会等で説明し、周知に向けた取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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>施設長は職員会等に出席して、福祉サービスのあり方や具体的な取組みについて助言や指導を行っている。また、機会があれば直接ケアの現場に出向いて、利用者と話をするなど指導力を発揮している。</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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>質の高い福祉サービスの実現に向け、経営状況も踏まえて職員配置を行ったり、働きやすい環境整備に向けた取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。 | Ⓐ・b・c |
| <p><コメント></p> <p>法人として「求める職員像」が示されており、中・長期計画の中に採用計画や資格取得についても明記されている。</p> | | |
| 15 | II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | a・Ⓑ・c |
| <p><コメント></p> <p>職員にとって働きやすい環境整備に取り組んでおり、退職者は少ないが、人事基準の未整備や人事考課制度が未確立である。</p> <p>今後は、総合的な人事管理が十分なされるよう、基準などの整備を行うなどの取組みに期待したい。</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り組んでいる。 | Ⓐ・b・c |
| <p><コメント></p> <p>職員の心身の健康と安全の確保を目指して、ストレスチェックやメンタルヘルスについての研修を外部委託している。</p> <p>また、次世代育成支援対策推進法に基づき行動計画を策定し、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組みが行われている。</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・Ⓑ・c |
| <p><コメント></p> <p>自己申告書や施設長との面談で個人の目標や自己評価についての意見交換をしている。</p> <p>本年度立ち上げられた「成長支援制度委員会」で、コンサルティング会社のアドバイスを受けている。</p> <p>今後は、アドバイスを生かし人事管理を含めた職員の育成などについて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・Ⓑ・c |
| <p><コメント></p> <p>資格取得に向けての規定が整備されていたり、研修計画に基づいて研修が行われている。</p> <p>また、新人、ネクストリーダー、リーダーといった階層別研修も行われているが、具体的に職員の知識、技術水準を示した「期待する職員像」までは示されていない。</p> <p>今後は、「期待する職員像」が明示され、それに沿って資格取得後に明確な処遇が行われる仕組みの構築など、新たな取組みがなされるよう期待したい。</p> | | |

(通所介護版)

| | | |
|--|---|-------|
| 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>職員に研修参加の意向を確認したり、参加した研修の報告が職員会において行われている。</p> <p>新人職員に対しては、先輩職員などが教育係となり指導する「エルダー制」を取り入れ、知識・技術の習得に向けての取組みが行われている。</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>実習指導の手引きは作成されている。</p> <p>法人内の他施設で受け入れた実習生を受け入れて指導することはあるが、事業所への依頼はない。</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></p> <p>ホームページや広報誌で理念や基本方針、事業計画や事業報告、予算、決算、苦情に関する情報が公表されている。</p> <p>第三者評価の受審結果についても公表する予定である。</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></p> <p>公認会計士による会計の確認や助言、指導を受けている。</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。 | a・㉒・c |
| <p><コメント></p> <p>移転して1年が過ぎ、近隣の保育所や地域のお祭りでの交流は行われている。継続的な地域とのつながりを深めていく取組みについては、検討中である。</p> | | |

(通所介護版)

| | | |
|---|--|----------------|
| 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。 | a・ b ・c |
| <p><コメント> ボランティア受け入れマニュアルを作成して体制は整備しており、依頼によって受け入れているが、積極的な取組みにまでは至っていない。</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> 地域の関係機関とは日常的に連絡を取り合っていて、月1回は、西予市（旧野村、城川町）の介護保険連絡会へも参加している。</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> 福祉用具や会議スペースの貸し出しを行っている。 住民に対する講演会や研修会については法人として開催している。</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> 地域の福祉ニーズから日曜日も開所をすることになったが、地域貢献活動については今後の課題と考えている。</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> 福祉サービス提供に関して倫理綱領や介護支援指針が策定されており、職員に対しての周知やそれに基づいたサービス提供が行われている。</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。 | a ・b・c |
| <p><コメント> プライバシー保護マニュアルが作成され、利用者や家族にはサービスを利用する際の契約時に説明している。 虐待や権利擁護に関する研修会を開催して、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービスの提供に心がけている。</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></p> <p>ホームページでも事業所情報を確認することはできるが、理念や基本方針、事業所の概要等が掲載された法人の広報誌が地域（旧野村、城川町）の全世帯に配布されている。</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>サービスの開始や変更時には、資料等を用意して利用者や家族に説明している。問い合わせがある場合には、その都度対応が行われている。</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。 | a・㉑・c |
| <p><コメント></p> <p>利用者の状態の変化等で福祉サービスの変更が必要になった場合や、利用者や家族から要望があった場合には、利用者や家族、担当の介護支援専門員との情報交換や協議を行ない、適切な福祉サービスの提供に努めている。</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。 | a・㉑・c |
| <p><コメント></p> <p>利用者満足度調査が行われており、結果を踏まえてサービスの改善が行われている。</p> <p>今後は、調査結果を分析、検討する部署の設置や会議の開催といった仕組みが整備されることを期待したい。</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確立しており、苦情の有無や内容、解決結果等の公表は広報誌にて行われている。</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・㉑・c |
| <p><コメント></p> <p>利用者が相談したり、意見を述べたりできる環境はあるが、利用者に伝えるための文書等は作成されていない。</p> | | |

(通所介護版)

| | | |
|---|--|-------|
| 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> 「相談対応マニュアルが作成され、利用者の相談や意見に対しては、担当者会議や職員会で検討して、福祉サービスの改善に向けた取組みが行われている。」</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> 職員会でヒヤリハット・事故報告に基づく要因分析や改善策、再発防止策について話し合い、実施されている。 事故発生時対処マニュアルや緊急対応マニュアルが整備されおり、職員にも周知されている。 事故再発防止についての研修が行われている。 介護機器や設備、備品等は担当者を決めて点検が行われている。</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。 | a・b・c |
| <p><コメント> 感染対策指針、感染症対策マニュアルが作成されており、感染症についての研修会も行われている。 感染症の発生時期には、予防に向けた取組みや法人内の看護師が連携する体制がとられている。</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。 | a・b・c |
| <p><コメント> 複合施設のため、野城ふれあい館全体で、消防署立会いのもと避難訓練を行っている。 防災管理規程や事業継続計画は整備されている。 通所サービスという性格から、災害時に利用者を家族に受け渡す方法について、現在検討しているところである。</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> 食事、排泄、入浴、認知症ケアの標準的な実施方法が文書化されている。 標準的な実施方法に基づいたサービスの提供の実践状況について確認する仕組みがある。</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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント> 法人としてケアの統一を図る目的で、標準的な実施方法についても見直しが行われている。今年度中を目途に全職員に持たせて、会議の場で確認・点検できるよう用意を進めているところである。</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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント> サービス実施計画策定の責任者を中心に、利用者の状態のアセスメントや利用者のニーズを基に、計画の策定が定められた手順に従って行われている。</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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント> 通所介護計画は定期的、状態が変化した時、新たな要望等で変更する場合に見直しが行われている。通所介護計画書を作成した場合には、利用者や家族に対して説明し、同意を得ている。</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、職員間で共有化している。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント> 記録はパソコンで作成され、各職員が情報を共有できる仕組みが整備されている。記録方法は職員間で統一されるようミーティング等で確認を行っている。利用者ごとのサービス内容については職員会で確認が行われている。</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><コメント> 個人の記録等は施錠できるところに保管され、個人情報の保護に向けた取組みが行われている。個人情報の取り扱いについては開示の件も含めて、利用者や家族に説明が行われている。</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。 | a・ 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・ b ・c |

所見欄

アセスメントで把握した利用者の心身状況や生活習慣、暮らしの意向に基づいたサービスが提供され、必要な利用者に対しては機能訓練も提供されている。

季節ごとの外出は行っている。現在地で事業運営するようになって1年が経過したが、地域住民やボランティアの活用については、今後の課題として考えている。

話すことや意思表示が困難など、配慮が必要な利用者には職員から声かけ、表情を読み取ることなどで理解に努めている。

親しみをこめて方言で話すことはあるが、利用者に対する配慮をしながら、さらに温かみのある関係づくりを期待したい。

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 ・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 |
| 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 |
| 2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。 | a ・b・c |

所見欄

入浴の苦手な利用者には時間をおいて声かけをしたり、別の職員が声かけして入浴できるよう工夫している。

また、利用者の体調に応じて時間を変えたり清拭に変更している。

排泄の自立に向け、おむつ使用の利用者の家族や介護支援専門員と相談して、デイサービスの利用中はパンツおむつで対応したり、トイレでの排泄を試みたりしている。

事業所で過ごす際、利用者の状態に合わせて車椅子から椅子に座り直している。

入浴時や排泄介助時に利用者の皮膚状態を観察している。状態に応じて処置を行い、褥瘡等の予防に努めている。

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。 | a ・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。 | a ・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・ b ・c |

所見欄

嗜好調査を行い、苦手な食材の場合には、別のメニューを用意している。食事中にはテレビを消して音楽だけにして、食事が楽しめるようにしている。利用者から希望のあったメニューを提供している。

車椅子の利用者も椅子に座り、嚥下しやすい姿勢で食事をしている。利用者の状態に合わせて、自助具のスプーンや皿などを用意している。また、自分で持参する利用者もいる。

口腔体操を食事前に行っている。食後の口腔ケアは、うがいで済ます人、歯みがきをされる人というように、一人ひとりの生活習慣に合わせた対応を取っている。

今後は口腔ケアの研修会も予定されているので、より衛生的な取組みが行われることに期待したい。

4 認知症ケア

| | 第三者評価結果 |
|---------------------------------------|---------|
| 4-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。 | Ⓐ・b・c |
| 4-② 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

認知症の利用者にも役割をもった生活が送れるよう、できることはしてもらうようにしている。職員も認知症について最新の知識や情報が得られるよう、研修を行っている。周辺症状のみられる利用者に対しては職員でその対応方法について検討している。

居心地良く過ごしてもらえよう畳の部屋がある。

お風呂やトイレの表示で分かりづらいものがあるので、今後、分かりやすい表示について検討している。

5 機能訓練・介護予防

| | 第三者評価結果 |
|-------------------------------------|---------|
| 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、希望者には個別機能訓練を実施している。体操やレクリエーションも理学療法士の助言を受けて行っている。

6 健康管理・衛生予防

| | 第三者評価結果 |
|-------------------------------------|---------|
| 6-① 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 |
| 6-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。 | Ⓐ・b・c |

(通所介護版)

所見欄

職員は救命講習を受けて、万が一の時の備えをしている。送迎時には利用者緊急連絡簿や緊急時の対応等のファイルを持参し、緊急時に対応できるようにしている。

感染症や食中毒に対する予防対策や発生した場合の対応方法について、文書化したものが用意されており、研修会も行われている。

利用者にも来所時に手洗い、消毒、うがいをしてもらっている。送迎車には感染予防用具を車載している。

7 建物・設備

| | 第三者評価結果 |
|----------------------------------|---------|
| 7-① 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

静養室や畳の小上がりがあり、ソファも設置されており、利用者がゆっくりとくつろいだ雰囲気過ごすことができるようになっている。マッサージ器や空気清浄器等も用意されている。

8 家族との連携

| | 第三者評価結果 |
|--------------------------|---------|
| 8-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。 | ㉠・b・c |

所見欄

送迎時に利用者の状態や様子を確認したり、報告したりしている。家族の介護負担の軽減に向けて、介護方法の助言や指導を行っている。

家族が希望する場合には、連絡帳でデイサービスでの様子を報告しているが、今後は全ての利用者に対して連絡帳が用意されて、情報交換や情報の共有に向けた取組みが行われることに期待したい。