

---

多摩老人福祉センター デイサービスセンター

平成28年度

福祉サービス第三者評価結果報告書

---

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	毎月の職員会議で、全職員が事業展開の理解を得る取り組みをしています
	内容	毎月デイ会議を行い、全員が出席できるよう調整しています。サービスの質の向上と利用者本位を常に意識し、行事後の振り返りは当月中か翌月に行い、事業内容については11月から次年度計画の策定に向けて検討し、仕様書を精査して計画案に組み込んでいます。研修の受講内容を職員全体で共有することを大切に考え、職員会議の30分程を研修報告の時間とし、受講者が振り返りと研修内容を報告し共有しています。利用者の状況、中長期計画と年間事業計画の具体的業務への関連付け、課題などは、意見交換などで改善すべきことを共有しています。
2	タイトル	全職員への面談から、やる気の向上を重視しています
	内容	職員の意識を把握しやる気と働きがいを引き出すために、所長は職員から面談で聞き取った考えや意識していることを目に見える形に取り上げていきたいと考えています。アクティビティに取り入れたい、思いをどのように実現できるか一緒に考える姿勢もっています。外部研修の受講により日常の支援に支障が出ないよう主任・看護師の勤務調整を行い、契約職員の常勤者がリーダーになるなど留意しています。正規職員は法人の階層別研修体系に応じて受講しています。契約職員も目標管理で希望の研修や所長から必要な研修を勧め受講しています。
3	タイトル	利用者の元気を引き出すため、行事、レクリエーション、アクティビティに力を入れています
	内容	毎日、午前中に機能訓練を行い、午後にはレクリエーションとアクティビティを実施しています。それに加えて、利用者が楽しく過ごすことができるよう、季節や暦に応じてさまざまな行事を工夫して実施しています。節分には職員が鬼に扮し、獅子舞を披露しました。七夕にはわたあめやゲームの出店を行い盆踊りを踊りました。敬老行事や新年会では、外部より太鼓、長唄、落語、玉すだれ、アコーディオンや歌などのボランティアを招き、みんなで楽しみました。利用者の元気を引き出す取り組みとなっています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	利用者目線の掲示の工夫を期待します
	内容	法人の理念・基本方針はホームページ等で明示しています。理念等や中長期計画に基づいて年度ごとの事業計画が立てられています。全職員への周知は職員会議等で行われ理解が深まっています。今後は、利用者や家族に対しても説明の機会やわかりやすい掲示などで周知し、事業所をより理解される良い関係作りを期待します。苦情解決制度や情報開示の案内についても、利用者の目線で見やすい工夫を期待します。
2	タイトル	利用者の特性を踏まえ、楽しめる工夫を期待します
	内容	利用者満足度アンケートや日常の会話、聞き取りの中から改善すべき点をとらえて取り組む姿勢を持っています。今年度は指摘された点や要望はありませんでしたが、職員間での分析において利用者が答えやすいアンケート内容の見直しをしたほうがよいとの声が上がりました。特に食事は利用者も楽しみにしており関心も高い分野です。今後は、アンケートに寄せられた意見を参考に、食事の説明やアピールなどを取り入れることで利用者がより楽しめる工夫をされることを期待します。
3	タイトル	マニュアルの見直しを全職員で行いより使いやすいものにされるとさらによいでしょう
	内容	食事、排泄、入浴、送迎などの業務、緊急時対応、健康管理や苦情対応などのマニュアルが用意されています。マニュアルは入職時に研修を行うほか、必要時に職員会議などで読みあわせを行い、全職員に周知しています。しかしながら、重複していたり、一部にわかりづらい点が見られます。今後は皆で話し合いをされ、さらに使いやすいものにされるとさらによいでしょう。

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	2-2-2	ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している
タイトル①	ボランティアの活躍で豊かな活動が広がっています	
内容①	<p>ボランティアは日々話し相手やお茶だし、週1回の傾聴、行事の手伝い、楽器演奏や出し物等のべ597人の参加がありました。地域の人とのつながりや、実習後のボランティア、多摩老人福祉センターの講座発表の場などもあり、基本理念の地域に根ざした福祉活動の場としても開かれた施設になっています。ボランティアには事業所の「一日をいかに楽しく生き生きと過ごしてもらうか、限られた体制の中での限界をボランティアの力で広げたい」という方針を示し、プライバシーや尊敬、意志の尊重などについても伝えています。</p>	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	5-1-2	職員の質の向上に取り組んでいる
タイトル②	外部研修や内部研修の受講と研修内容の共有で、全職員の質の向上を図っています。	
内容②	<p>研修の受講内容や業務内容の確認、伝達での情報を職員全体で共有することを大切に考えています。理念の「充実したサービスの提供」「職員の資質・能力の向上」の達成を念頭に研修報告だけでなく、毎月の職員会議の中で30分程の時間を使い、内部研修として研修報告とともに受講者の振り返りを行い、職員全体で情報の共有に努めています。また法令順守、感染症、認知症、救急法、権利擁護などについても内部研修を行い、外部からの講師を招いて研修を行うことで、職員の質の向上に取り組んでいます。</p>	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-1	介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している
タイトル③	在宅で自立した生活ができるよう支援しています	
内容③	<p>利用者が一人暮らしの場合には、介護支援専門員、訪問看護や訪問介護と連絡ノートを作成し、健康状態や生活の様子について連絡を取り合いながら支援を行っています。また、月1回体重測定を行っており、BMI曲線を付け、低い場合には家で食事が取れているかなど利用者それぞれの課題を調べ、家族や介護支援専門員と相談し、解決のための検討をし、訪問看護とも連携を取りながら支援をしています。これらの支援が可能となるよう、通所介護支援個別計画書を策定し、その人らしい自立した生活が在宅でできるよう取り組んでいます。</p>	

I 組織マネジメント項目(カテゴリー1～5、7、8)

No.	共通評価項目	
	カテゴリー1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリー1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 <b>8/9</b>
	評価項目1 事業所が目指していること(理念、基本方針)を明確化・周知している <span style="float:right">評点(○○○●)</span>	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を明示している <span style="float:right"><input type="radio"/> 非該当</span>
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている <span style="float:right"><input type="radio"/> 非該当</span>
	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている <span style="float:right"><input type="radio"/> 非該当</span>
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を思い起こすことができる取り組みを行っている(会議中に確認できるなど) <span style="float:right"><input type="radio"/> 非該当</span>
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている <span style="float:right">評点(○○)</span>	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている <span style="float:right"><input type="radio"/> 非該当</span>
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している <span style="float:right"><input type="radio"/> 非該当</span>
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している <span style="float:right">評点(○○○)</span>	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている <span style="float:right"><input type="radio"/> 非該当</span>
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している <span style="float:right"><input type="radio"/> 非該当</span>
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている <span style="float:right"><input type="radio"/> 非該当</span>
	カテゴリー1の講評	
	法人の基本理念を反映した事業計画を職員全体で共有しています 法人の基本理念をもとに事業所の方針を立てています。法人の中長期計画と指定管理の仕様書を運営の指針とし、年度ごとの事業計画に策定しています。事業計画は年度初めの職員会議で、内容の説明を行っています。法人理念である「充実したサービスの提供、地域に根ざした施設運営、職員の資質・能力の向上、法人体制の整備」を反映した事業所の事業計画を基に、利用者が地域や家庭の中で自立した豊かな生活が送れるよう、サービスを提供し、他機関との連携を図っています。今後は、利用者や家族に、理念や方針を掲示等で示すことを検討しています。 全職員が法人の一員としての意識を養うよう働きかけています 「多摩老人福祉センター事務分掌」で所長以下職員の役割を明確にするとともに責任の所在等を示し、職員に回覧して職務内容を説明しています。当所長は同建物内の老人福祉センターの所長も兼務しており、日常的支援は主任と看護師が中心となっていますが、事故や苦情への対応、主任等の不在時の判断や全体の責任を負い、利用者とも日々関係性を緊密にしています。契約職員も法人の一員としての意識、役割、理念と事業や業務の関連性など理解につながるよう伝えていきます。福祉職として福祉全体の動向等に目を向け理解しやすい伝達を工夫しています。 課題や情報を共有し検討する手順を明らかにしています 法人としてかかわる重要な案件については、要約し事業所に関連する形での資料として作成した上で、毎月の職員会議にて報告したり説明し職員に周知しています。事業所内で課題になる点については職員から主任にあげて取りまとめ、所長と主任で精査したり職員会議で議論します。朝夕の打ち合わせ等で職員から出た話題から課題を抽出し検討事項にあげることもあります。制度等や予算などと整合するように、また必要に応じて法人や次年度へ引き継ぐこともあります。	

2 経営における社会的責任		
サブカテゴリ1(2-1)		
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	4/4
<b>評価項目1</b> 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している		評点(〇〇)
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 福祉サービスに従事する者として、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などを明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などの理解が深まるように取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<b>評価項目2</b> 第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている		評点(〇〇)
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 透明性を高めるために、地域の人目にふれやすい方法(事業者便り・会報など)で地域社会に事業所に関する情報を開示している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ2(2-2)		
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	5/7
<b>評価項目1</b> 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある		評点(●●)
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している(施設・備品等の開放、個別相談など)	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動(研修会の開催、講師派遣など)を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<b>評価項目2</b> ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している		評点(〇〇〇)
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. ボランティアの受け入れ体制を整備している(担当者の配置、手引き書の作成など)	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. ボランティアに利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項などを伝えている	<input type="radio"/> 非該当
<b>評価項目3</b> 地域の関係機関との連携を図っている		評点(〇〇)
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 地域の関係機関のネットワーク(事業者連絡会など)に参画している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働して取り組めるような体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当

## カテゴリー2の講評

### 「職員規範」を定め、利用者本位のサービス提供を目指しています

法人の中長期計画の中に「職員規範」を定め、年度初めに職員会議で配布し、職員の守るべき法・規範・倫理について説明しています。利用者本位であることを最も重視し、「職員規範」の中でも尊厳(信頼・尊厳・経緯をもって相互理解に努め、責任を果たす)、信条(誠意を尽くし、すべての仕事に真心と信念をそそぎます)の理解に力を入れています。利用者からの親しみすぎる言葉使いの指摘を受けた際には、職員間で話し合いをもちました。そのほか虐待の自己点検シートの記入と検証など、尊厳の理解につながるような取り組みを行っています。

### ボランティアの活躍で豊かな活動が広がっています

ボランティアは日々の話し相手やお茶出し、週1回の傾聴、行事の手伝い、楽器演奏や出し物など述べ597人の参加がありました。地域の人とのつながりや、実習後のボランティア、多摩老人福祉センターの講座発表の場などもあり、基本理念の地域に根ざした福祉活動の場としても開かれた施設になっています。ボランティアには事業所の「1日をいかに楽しく生き生きと過ごしてもらおうか。限られた時間と職員体制の中での限界をボランティアの力で広げたい」という方針を示し、プライバシーや尊敬、意志の尊重などについても伝えていきます。

### 地域の関係機関と連携し、状況を把握しています

社会福祉協議会関係会議や老人福祉施設事業協会、多摩区生涯学習会議、多摩福祉センター協議会などに参加し、地域の情報を得るとともに、連携して地域の課題に取り組んでいます。施設周辺は市営住宅に囲まれ、高齢者の独り暮らしが多く、身寄りのない方もいます。当施設は、シルバーハウジング生活援助員派遣事業も併設し、介護サービスの利用をしたほうが良い人の緊急対応や一時利用などに協力しています。地域への直接的機能の活用は、同建物内の老人福祉センターでの活動にゆだねています。

3			カテゴリ3
3			利用者意向や地域・事業環境の把握と活用
			サブカテゴリ1(3-1)
利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	8/8
<b>評価項目1</b> 利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応している(苦情解決制度を含む)			<b>評点(〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当	
<b>評価項目2</b> 利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる			<b>評点(〇〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向を把握することに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当	
<b>評価項目3</b> 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している			<b>評点(〇〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 地域の福祉ニーズの収集(地域での聞き取り、地域懇談会など)に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)の収集に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している	<input type="radio"/> 非該当	
<b>カテゴリ3の講評</b>			
<b>苦情の申し出より利用者から要望を聞き取る姿勢です</b> 苦情解決制度については、契約書・重要事項説明書に施設の担当者と法人の第三者委員会のほか、区役所高齢支援課などの公的機関を明示して、説明しています。エントランスの掲示板にも制度について掲示しています。デイルームにはファイルしたものが設置されていますが、より利用者に見やすい示し方の工夫が期待されます。職員の話し方や食事の味付けなどについての要望があり、職員が交代で行う検食は利用者の立場で行い、職員の感覚だけではなく利用者の声も聞き取り、給食会議で検討して行くなど利用者の声を意識して取り組んでいます。			
<b>利用者の要望を拾いやすいアンケートを検討したいと考えています</b> 年1回「デイサービス満足度アンケート」を実施しています。昨年は入浴時の湯温について要望があり、温まれるようシャワーのかけ湯時間を長めにするなど工夫しています。老人福祉センターのお風呂とデイサービスの入浴時間が重なることから給湯能力等で不具合もあるのですが、利用者の生活習慣等からどちらも変更せず工夫できることで補いたいと職員は努力しています。今年度の満足度アンケートは10月に実施しました。具体的な要望のコメントはありませんが、用意した質問への利用者の回答を分析し、答えやすい質問にしていきたいと考えています。			
<b>福祉制度の動向を見据え、利用者の安全を図っていききたいと考えています</b> 市の老人福祉施設事業協会施設長会や老人福祉センター協議会施設長会、法人の説明会等に参加し、介護保険や高齢者福祉にかかわる研修や行政の動向などをとらえ、地域の特性を踏まえて今後のあり方について検討しています。会議等で収集した情報を職員に伝わりやすく整理し、必要に応じて的確に職員に伝達するよう努力しています。介護保険制度の改正から起こる事業環境の変化や事業所の動向が利用者及び影響を予測し、利用者の生活の安全を守る方法を探っていききたいと考えています。			

カテゴリ4		
4	計画の策定と着実な実行	
サブカテゴリ1(4-1)		
実践的な課題・計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 11/11
評価項目1 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している		評点(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 年度単位の計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 短期の活動についても、計画的(担当者・スケジュールの設定など)に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している		評点(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画は、サービスの現状(利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など)を踏まえて策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 計画は、想定されるリスク(利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など)を踏まえて策定している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目3 着実な計画の実行に取り組んでいる		評点(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画推進の方法(体制、職員の役割や活動内容など)を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを測る指標を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当



サブカテゴリ-2(4-2)

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

サブカテゴリ毎の  
標準項目実施状況

4/4

評価項目1

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事故、感染症、侵入、災害などの事例や情報を組織として収集し、予防対策を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事故、感染症、侵入、災害などの発生時でもサービス提供が継続できるよう、職員、利用者、関係機関などに具体的な活動内容が伝わっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 事故、感染症、侵入などの被害が発生したときは、要因を分析し、再発防止に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリ-4の講評

毎月の職員会議で、全職員が事業展開の理解を得る取り組みをしています

指定管理5年の3年目に当たり、仕様書に示したビジョンと法人の中長期計画を基に年間事業計画を策定しています。サービスの質の向上と利用者本位を常に意識し、行事は当月か次月には振り返り、事業の内容は11月から次年度計画を検討し、計画案と仕様書を精査して策定しています。27年度より事業規模が小規模型に移行し、定員18名になりました。毎月のデイ会議(職員会議)は時間外ですが全員が出席し、利用者の状況と中長期計画、年間事業計画の関連付けについてや問題提起、意見交換などで改善すべきことを意識できるようにしています。

利用者の安全の確保に取り組んでいます

消防計画に基づき年2回避難訓練を行いました。9月は厨房からの出火を想定し、事前の防火管理委員会での準備や民間の警備会社との連携も確認できました。24時間監視システムや市の災害情報システムで情報を活用しています。出入りの多い会館で侵入者に対し見回り回数を増やし、玄関事務所は職員の不在が無いよう連携しています。消防設備点検を7月に行いました。不測の事態に備えて職員向けの取り扱いデモンストレーションや現状に合わせた緊急時対応マニュアルの見直しを進めています。

大きな災害に備えた姿勢を持ち、体制作りを検討しています

二次避難所の指定を受けていますが、入所施設ではないので体制を整える必要を感じています。行政の指示前であっても場所の解放を行う考えで、利用者が慣れた場所で過ごし安心できることも役割としてとらえています。災害時に受け入れ後の指定発動までは備蓄等がない状況を予想し、次年度の予算に対策を検討して組み込みたいと考えています。近隣から水の備蓄寄付もありました。利用者の安全や老人福祉センターとの連携で地域貢献も役割であるとして防災マニュアルの作成を行っていきます。

カテゴリー5

5 職員と組織の能力向上

サブカテゴリー1(5-1)

事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成に取り組んでいる

サブカテゴリー毎の  
標準項目実施状況

8/8

評価項目1

事業所にとって必要な人材構成にしている

評点(000)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所の人事制度に関する方針(人材像、職員育成・評価の考え方)を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 適材適所の人員配置に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2

職員の質の向上に取り組んでいる

評点(00000)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所の人材育成計画と職員一人ひとりの意向に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 個人別の育成(研修)計画は、職員の技術水準、知識、専門資格の習得(取得)などの視点を入れて策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 職員一人ひとりの個人別の育成(研修)計画に基づいて、必要な支援をしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 職員の研修成果を確認し(研修時・研修直後・研修数ヶ月後など)、研修が本人の育成に役立ったかを確認している	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリー2(5-2)

職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる

サブカテゴリー毎の  
標準項目実施状況

7/7

評価項目1

職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる

評点(000)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 職員の判断で実施可能な範囲と、それを超えた場合の対応方法を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに学ぶことに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりの研修成果を、レポートや発表等で共有化に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2

職員のやる気向上に取り組んでいる

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価・報酬(賃金、昇進・昇格、賞賛など)が連動した人材マネジメントを行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、疲労・ストレスなど)を把握し、改善に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員の意識を把握し、やる気と働きがいの向上に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 福利厚生制度の充実に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリ5の講評

人事管理トータルシステムを明示し、求める人材像や育成などの理解を図っています

法人の人事管理トータルシステムを明示し、実践しています。「人事考課ガイドブック」に詳細が記載され事務室に置いてあり確認できます。正規職員が対象ですが、抜粋したものを職員会議で全職員に示し、求める人材像や育成などについて理解を図っています。正規職員は法人での採用ですが、契約職員は事業所で採用でき、有資格者であり利用者本位で考えられる健康な人を求めています。やる人がなく職員会議でのコミュニケーションからチームワークが良いため、活気があり仕事に集中しやすいと職員の感想があります。

全職員への面談から、やる気の向上を重視しています

正規職員は法人の階層別研修体系に沿って研修を受講します。契約職員も目標管理に取り組み、希望の研修や所長から必要な研修を勧め受講しています。所長は契約職員から面談で聞き取った考えや意識していることを目に見える形に取り上げていきたいと考えています。アクティビティに取り入れたり、思いをどのように実現できるか一緒に考える姿勢を持っています。外部研修の受講により日常の利用者支援に支障が出ないよう、主任・看護師の勤務調整を行い、契約職員のフルタイム者がリーダーになるなど留意しています。

研修を共有することで職員全体の資質とサービスを向上に取り組んでいます

研修の受講内容を職員全体で共有することを大切に考えています。法人理念の「充実したサービスの提供」「職員の資質・能力の向上」の達成を念頭に研修報告書だけでなく、毎月の職員会議の中で30分程を研修報告の時間とし、受講者の振り返りと研修内容を報告し共有しています。法令順守、感染症、認知症、救急法、権利擁護など内部研修を行っていますが、包括支援センターや法人の理学療法士など外部からの講師で研修を行うことでさらにサービスの向上や職員のやる気を引き出したいと考えています。

7		カテゴリ7	
情報の保護・共有			
サブカテゴリ1(7-1)			
情報の保護・共有に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	6/7
評価項目1 事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要ときに活用できるように整理・保管している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している		<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 個人情報、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している		評点(〇〇〇●)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人情報の保護に関する規定を明示している		<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 開示請求に対する対応方法を明示している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 個人情報の保護について職員(実習生やボランティアを含む)が理解し行動できるための取り組みを行っている		<input type="radio"/> 非該当
カテゴリ7の講評			
<p><b>情報を管理し、共有しています</b></p> <p>所長専用と正規職員用に、介護ソフトが入ったパソコンがあり、いずれもパスワードを設定して使用しています。法人の施設長会では職員全体に周知すべき情報については指示があり、文書にして回覧や職員会議で説明し、共有しています。全職員が目を通したかについても確認しています。パソコンで管理する情報は、フォルダを作って整理し、年度ごとにまとめ必要に応じて情報の更新もしています。機密情報を扱わない一般職員のパソコンでは、インターネットや案内文を作るなど自由に利用しています。</p> <p><b>個人情報の取り扱いや保護をさらに徹底していきたいと考えています</b></p> <p>個人情報の取り扱い規定をエントランスの掲示板に掲示し、個人情報の利用目的を明示しています。契約書・重要事項説明書にも記載し利用者に説明しています。個人情報保護について、職員の入職時、実習生やボランティアには初回オリエンテーションで説明しています。「施設ボランティアを始めるにあたって」は、実践のイメージがしやすい表現で個人情報保護についてもわかりやすく説明されています。また、法人での新規採用研修で個人情報保護について説明しています。今後はさらに、職員が定期的に振り返る機会をもてるよう検討しています。</p> <p><b>情報開示についての対応をわかりやすく示すことを期待します</b></p> <p>利用者の様子などの写真を掲載している「老人福祉センター便り」をエントランスに設置していますが、そのつど利用者に写真の使用の確認をしています。情報開示については、法人の情報公開要綱に記載されています。情報開示の要求があれば、この要綱に沿って開示します。開示をする旨とその手順について、あらかじめ利用者や家族等へ明示されていないので、今後わかりやすい方法で示すことを期待します。</p>			

カテゴリー8

8 カテゴリー1～7に関する活動成果

サブカテゴリー1(8-1)

前年度と比べ、事業所の方向性の明確化や関係者への周知、地域・社会への責任の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている  
 ・カテゴリー1:「リーダーシップと意思決定」  
 ・カテゴリー2:「経営における社会的責任」  
 ・カテゴリー4:「計画の策定と着実な実行」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

職員会議の設定を工夫し、全職員の理解や情報共有につながっています

事業計画、業務分掌の作成について、見直しを行いました。事業計画が法人の中長期計画とリンクしていることを職員全体で意識して作成すること、作成したことを実行するうえでどのような視点が必要か、職員に説明し共有しました。また、次年度の計画について前年度末に周知させることで、事業計画に沿った運営が進んでいます。運営上職員への周知が必要なことが生じた際には、毎月の職員会議(デイ会議)を時間外に設けて説明し、できるだけ全員が出席できるようにしています。職員の家庭事情もあり、同じ曜日で特定の職員に負担がかからないよう、月によって開催日程を変えています。職員は、意見交換の時間と場が設定され、行事などの引継ぎや伝達もスムーズになったと感じています。

サブカテゴリー2(8-2)

前年度と比べ、職員と組織の能力の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている  
 ・カテゴリー5:「職員と組織の能力向上」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

「目標管理」に施設全体で取り組んでいます

「目標管理シート」の活用に努めています。担当業務、チームと個人に分けて重点目標、達成目標・スケジュール、自身の能力開発目標を記入し、所長と面談します。書き出すことで業務を明確にし、目的意識をもって取り組むことができます。短時間職員にも自身の能力開発目標を記入してもらい、年2回の面談時に話し合っています。目標に合わせた研修があれば受講を勧め、アイデアがあれば取り上げていくように図るなどしています。日常に考えていることを表出する機会になり、全員に行うことで業務へ取り組む組織力が向上しています。

サブカテゴリー3(8-3)

前年度と比べ、福祉サービス提供プロセスや情報保護・共有の面において向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている  
 ・カテゴリー6:「サービス提供のプロセス」  
 ・カテゴリー7:「情報の保護・共有」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

利用者本位の支援につながる取り組みを工夫しています

利用者本位の支援を推進できるよう、利用者の意思を確認しながら支援を行う姿勢を持っています。日常の業務から上がる声だけでなく、所長も朝夕利用者に声をかけ挨拶をしています。顔の見える関係を意識し、話しやすいとの声を聞くようになってきました。また、検食の際には、利用者と一緒に食べることで、利用者感想を聞く機会としています。こうしたコミュニケーションを多くとることで、利用者は要望が言いやすくなり、苦情につながる前に対応ができています。

必要な情報は資料の閲覧だけでなく、毎月の職員会議で説明をしています。職員会議の定例化で体制を整えたことで情報共有や職員の理解が進んでいます。また、小規模型(地域密着型)にしたことで、職員は個別対応ができるようになり、研修参加も増え、職員会議で研修報告を共有できるようになったと感じています。

サブカテゴリ4(8-4)

事業所の財政等において向上している

評価項目1

財政状態や収支バランスの改善へ向けた計画的かつ主体的な取り組みにより成果が上がっている

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

経営のバランスに努力しています

事業規模の小規模型(地域密着型)への変更で、請求や人員配置での改善はあったものの、利用者の入院、体調不良による欠席増加があり、18名定員のところ、1日平均12名の利用にとどまりました。居宅支援事業所への空き情報の提供等を行い、新規利用者の獲得、利用率の向上を図っていますがわずかな効果にとどまっています。会館全体で節電に取り組み、各所に貼紙で意識を促し、利用者の帰宅後は速やかに冷暖房を消し、消灯しています。送迎車3台のうち2台の稼働でガソリン代を節約したり、職員が運転したりするなど、支出を抑えることに努力しています。

サブカテゴリ5(8-5)

前年度と比べ、利用者満足や利用者意向の把握等の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、利用者満足や以下のカテゴリで評価される部分において改善傾向を示している  
・カテゴリ3:「利用者意向や地域・事業環境などの把握と活用」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

利用者の意思表示や安心などを念頭に対応していく姿勢です

利用者の満足度を調査するため、年1回「デイサービス満足度アンケート」を実施しています。今年度の調査では利用者意見として不具合な指摘はありませんでした。ただ、利用者がアンケートに答えることに支援が必要だったり、実施項目の理解が不十分な様子も見られます。質問内容などを検討し、事業所のサービスについて答えやすい項目への変更や表現を検討し、利用者の声をさらに把握していきたいと考えています。

事業環境、制度の改正などで未決定の要素があり、情報の収集にあたっていますが、それを踏まえて今後の事業所の役割も検討していく時期にあると考えています。日々のサービス提供の質を向上させるとともに、制度改正などがあっても利用者が安心して過ごせる対応を検討していく姿勢です。

Ⅱ サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1~3、6-5~6)

No.	共通評価項目		
	サブカテゴリ1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	4/4
評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものにしている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している	<input type="radio"/> 非該当	
サブカテゴリ1の講評			
<p>ホームページやパンフレットを通して事業所の情報を提供しています</p> <p>事業所の情報について知ることができるものとして、ホームページとパンフレットがあります。法人のホームページには多摩老人保健福祉センターの広報紙が掲載されており、その中に記されたデイサービスの紹介を見ることができます。介護関係の情報紙にも当施設の案内を掲載しています。一日のプログラムや行事などについて掲載しています。パンフレットには、営業日や利用時間を載せるほか、一日のプログラムを紹介しています。読みやすいように、字を大きくし、たくさん写真を掲載しています。</p> <p>デイサービスの活動や情報を関係機関に提供しています</p> <p>事業所のパンフレットは、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所に置いています。多摩老人福祉センターでは年3回センターやデイサービスの活動のようすを記載した広報紙を発行しており、市役所、社会福祉協議会、図書館、地域包括支援センターや町会に配付し、デイサービスの情報を提供しています。地域の方が参加できる行事として、敬老の日の催しがあり、事業所玄関の掲示板にポスターを貼り、お知らせしています。当事業所を運営する法人系列のデイサービス事業所の主任会でも情報を提供しています。</p> <p>見学の希望はいつでも受け入れて、説明するとともに実際の様子を見てもらっています</p> <p>見学は、いつでも受け付けています。事業所の利用を希望される方や市の職員、地域包括支援センターの職員などが年間20名ほど訪れています。見学の記録は活動日誌に記載しています。所長やデイサービスの主任が対応しており、30分から1時間で、パンフレットに基づいて活動、営業日、営業時間、料金などについて説明を行い、デイサービスの実際の活動のようすを見てもらっています。</p>			

サブカテゴリー2		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	7/7
2	サービスの開始・終了時の対応		
<b>評価項目1</b> 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		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
● あり ○ なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している		○ 非該当
● あり ○ なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている		○ 非該当
● あり ○ なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している		○ 非該当
<b>評価項目2</b> サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
● あり ○ なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している		○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている		○ 非該当
● あり ○ なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている		○ 非該当
● あり ○ なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている		○ 非該当
<b>サブカテゴリー2の講評</b>			
<p>サービスについて説明し、同意を得るとともに利用者や家族の意向を聞いています</p> <p>サービス開始にあたり、契約書と重要事項説明書に基づいて、基本ルールを説明しています。契約書では、個別サービス計画を立て要望を聞きながらサービスを実施すること、サービスの期間や終了の用件、秘密保持などについて説明しています。重要事項説明書では、料金、個人情報の取り扱い、苦情相談窓口、緊急時の対応や損害賠償などについて説明しています。説明後、同意を得た上で署名捺印ももらっています。また、説明と同時に、利用者や家族の意向を聞いています。</p> <p>サービス開始にあたり利用者の生活状況や心身状況を把握しています</p> <p>サービス開始にあたり、介護支援専門員から「居宅介護サービス提供表」を提出してもらい、利用者の医療情報、ADL(日常生活動作)などの基本情報を把握しています。そのうえで、利用者を訪問し、生活状況や心身状況について詳しく聞き取りをしています。健康診断書の提出は任意ですが、気になる疾患がある場合には、介護支援専門員や医師に相談しています。市の健康診断の結果を提出していただくこともあります。感染症に関する情報は、認定調査の医師の意見書より情報を得ています。</p> <p>サービスの開始や終了時の不安な気持ちに配慮しています</p> <p>サービス開始直後には、利用者のおうすを観察し、気持ちが不安定な様子が見られた時には、そばに職員が付くようにしています。また、家で過ごしているペースを崩さないよう、ゆっくりとテレビをみる、ソファで休む、家で使用している大きさのスプーンを使用するなど、サービス開始前の生活をふまえた支援を行っています。引越しなどでサービスを終了する場合には、お別れ会をしてほかの利用者と挨拶を交わしてもらい、今までの写真をまとめてプレゼントしています。</p>			



評価項目1

定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している

評点(000)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2

利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の介護計画を作成している

評点(0000)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 計画を緊急に変更する場合のしきみを整備している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3

利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している

評点(00)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしきみがある	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目4 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		評点(〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	○ 非該当
サブカテゴリー3の講評		
<p><b>介護支援専門員と連携し、利用者の心身や生活の状況は個別ファイルにまとめています</b></p> <p>利用者の心身や生活状況は、個別ファイルまとめています。ファイルには、契約書のほか、サービス開始時に提出された介護支援専門員からの居宅介護サービス提供表、アセスメント表、介護支援専門員の居宅サービス計画書、通所介護計画書、担当者会議記録などが綴られています。サービス開始時には、居宅介護サービス提供表、アセスメント表、介護支援専門員の居宅サービス計画書に基づいて通所介護計画書を作成しています。計画書は利用者と家族に説明し、確認の署名捺印をもらっています。</p> <p><b>利用者や家族の要望、ニーズや課題を把握し個別計画を立てています</b></p> <p>利用者や家族の要望やニーズ、課題は、日々の会話や利用者のサービスにかかわる関係者の集まりであるサービス担当者会議などから得ています。サービス担当者会議は基本的に半年に1回開いています。担当者会議の情報や日々のケース記録の情報をもとに、通所介護計画書の見直しを行っています。利用者の体調や生活状況に変化が見られない場合にも、計画書の更新は1年に1回行っています。</p> <p><b>個人の記録は支援する職員すべてが共有し、活用しています</b></p> <p>毎日終了時にミーティングを行い、活動日誌に記入しています。日誌はパソコンに打ち込み、個別の記録は個別のケース記録として蓄積されるシステムになっています。日誌には、通所介護と予防通所介護の人数や日程について記載するほか、食事、医療、送迎、排泄、入浴、特記事項を記載するようになっています。個別に配慮の必要な事柄、送迎時に家族から得た情報などの申し送り事項は、職員間の連絡帳に記載して全職員に伝えています。</p>		

サブカテゴリー5

5 プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重

サブカテゴリー毎の  
標準項目実施状況

7/7

評価項目1

利用者のプライバシー保護を徹底している

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2

サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリー5の講評

個人情報保護や羞恥心に配慮しています

利用者の医療に関する情報などを外部から得る時には、予め利用者や家族に承諾を得て行っています。利用者に関する情報をファックスなどで送る時には、個人が外部の人に特定されないよう配慮しています。広報誌などに写真を掲載する場合には、必ず利用者本人及び家族に了解を得ています。利用者の羞恥心に配慮して、排泄や入浴などの介助をする場合には、外部から見えないよう配慮し、基本的に同性介助を行っています。

日常の支援にあたっては、利用者の意思を尊重しています

日常の支援にあたっては、利用者の意思を尊重しています。体操やレクリエーションへの参加は利用者の希望に添い、ソファでゆっくり休みたい、ゆっくりテレビがみたい、本や雑誌をゆっくり読みたいなど自由に過ごしてもらっています。利用者一人ひとりの価値観や生活習慣については、サービス開始時に聞き取りを行い、全職員でその内容を共有して支援を行っています。

人権擁護や虐待防止について、研修の受講や職員間の話し合いを行っています

職員が利用者の気持ちを尊重するための取り組みとして、人権に関する研修を受けるとともに、職員一人ひとりが法人の基本理念と職員規範が記された職員ハンドブックを持っており、職員会議でも折に触れて話し合いを行っています。また、毎年、個別に人権に関するチェックリストを記載し、結果について会議などで話し合いを行っています。虐待防止や権利擁護についても研修を行っており、虐待が疑われる場合には、包括支援センターに報告し、支援を行う体制ができています。

サブカテゴリ-6

6 事業所業務の標準化

サブカテゴリ毎の  
標準項目実施状況

11/11

評価項目1

手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2

サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3

さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している

評点(〇〇〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 打ち合わせや会議等の機会を通じて、サービスの基本事項や手順等が職員全体に行き渡るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員が一定レベルの知識や技術を学べるような機会を提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員全員が、利用者の安全性に配慮した支援ができるようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 職員一人ひとりのサービス提供の方法について、指導者が助言・指導している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 職員は、わからないことが起きた際に、指導者や先輩等に相談し、助言を受けている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ-6の講評

会議やマニュアルを通してサービスの手順などを職員に伝えています

毎月1回職員会議を開き、業務について打ち合わせを行ったり、介護技術などの研修を行っています。主任や所長も参加し、助言や指導を行う機会となっています。誰が携わっても同じサービス提供ができるよう食事、排泄、入浴、送迎などの日常業務のほか、緊急時対応や健康管理、苦情対応などのマニュアルが用意されています。マニュアルについては入職時に研修を行うほか、変更時に職員会議などで読み合わせを行い、全職員に周知させています。今後は職員で話し合いをし、より使いやすいものにされるとさらによいでしょう。

研修を通して職員がサービス技術や関係する知識を学んでいます

新人研修、中堅研修、主任研修、施設長研修など、職員の経験や職務に合わせて法人がプログラムを作り、内部研修を行っています。また、外部研修として、「感染症について」「認知症の理解について」「会計について」「アンダーマネジメントについて」などのテーマを、職種や支援の必要に応じて参加しています。外部研修を受講した際には、報告書を作成してほかの職員に伝えるほか、内部研修として職員会議の中で受講テーマの伝達研修を行い、全職員で共有しています。

安全に配慮してサービスを提供しています

日常業務の安全管理、火災、地震や不審者への対応、事故発生時の対応と連絡先などに関して緊急時対応マニュアルを作成し、職員間の緊急連絡網と利用者の緊急連絡簿を用意しています。防災管理委員会が設置されており、年2回避難訓練を実施しています。事故が起きた時には事故報告書を記載し、再発防止のための対応について検討しています。館内にAEDを設置し、消防署の救急救命講習を職員が受けています。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

		サブカテゴリー4																
サービスの実施項目		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	38 / 38															
1	<p>評価項目1 介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>1. 介護計画に基づいて支援を行っている</td> <td>○ 非該当</td> </tr> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している</td> <td>○ 非該当</td> </tr> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>3. 利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている</td> <td>○ 非該当</td> </tr> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>4. 利用者の支援は家族や関係機関、関係職員が連携をとって行っている</td> <td>○ 非該当</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		● あり ○ なし	1. 介護計画に基づいて支援を行っている	○ 非該当	● あり ○ なし	2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している	○ 非該当	● あり ○ なし	3. 利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている	○ 非該当	● あり ○ なし	4. 利用者の支援は家族や関係機関、関係職員が連携をとって行っている	○ 非該当		
評価	標準項目																	
● あり ○ なし	1. 介護計画に基づいて支援を行っている	○ 非該当																
● あり ○ なし	2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している	○ 非該当																
● あり ○ なし	3. 利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている	○ 非該当																
● あり ○ なし	4. 利用者の支援は家族や関係機関、関係職員が連携をとって行っている	○ 非該当																
評価項目1の講評																		
<p>介護計画に基づいて一人ひとりに合った支援を行っています</p> <p>介護支援専門員からの情報や個別訪問により得た情報をもとに、通所介護支援個別計画書を作成しています。この計画書に基づいて、デイサービスでの支援が行われています。計画書には長期目標と短期の目標を設定し、歩行能力の維持、継続して参加できるなど利用者によってさまざまな目標が設定されています。利用者の薬の飲み忘れが多いなどの課題がある場合には、薬の飲み忘れが無くなるようにするにはどうしたらよいかについて職員間で話し合いを行い、訪問看護や訪問介護のスタッフと連携を取りながら支援を行っています。</p> <p>一人ひとりに応じてコミュニケーションの取り方を工夫しています</p> <p>食事、移動、排泄、入浴などの支援も職員間で話し合い、一人ひとりに合った支援をしています。耳が聞こえにくい場合は近くに行って耳元で聞こえるような声の大きさに配慮したり筆談をしたり、目が不自由な場合には周りの状況を細かく伝えるなど、利用者一人ひとりの状況に応じて、コミュニケーションを工夫しています。また、必要に応じて、傾聴ボランティアを受け入れて、利用者がたくさん話をできる機会を作っています。</p> <p>在宅でその人らしい生活ができるよう関係機関、関係する職員が連携を取っています</p> <p>利用者が在宅でその人らしく生活できるよう、家族や介護支援専門員と連絡を取りながら支援を行っています。一人暮らしの利用者に支援が必要な場合には、介護支援専門員、訪問看護や訪問介護と連絡を取るためのノートを作成し、血圧や食事量などについて連絡を取り合いながら支援を行っています。血圧が高い場合や食事摂取が進まない場合には、訪問看護を通して医師に連絡を取ることもあります。</p>																		

2 評価項目2 栄養バランスを考慮したうえで、おいしい食事を出している		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者の状態や嗜好に応じて献立を工夫している	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 食事を楽しむ工夫をしている	○ 非該当
評価項目2の講評		
<p><b>体調、嚥下状態や嗜好に配慮して食事を提供しています</b></p> <p>利用者の体調や嚥下の状態に合わせて、主食はご飯とお粥、副食は常食、刻み食、極刻み食、その他ミキサー食とソフト食を用意するなどさまざまな食事形態を用意して、食事を提供しています。さらに、疾患や服用している薬に配慮し、減塩食やグレープフルーツの禁止食などを利用者に合わせて提供しています。また、利用者の嗜好に配慮して、肉やさばは食べられないなどの要望に応えるほか、おなかの調子がよくない、入れ歯の調子がよくないなど、その日の体調にも合わせて食事を提供しています。</p> <p><b>利用者に体調や食事の希望について伺い、その日に提供する食事の確認を行っています</b></p> <p>毎朝、利用者一人ひとりに体調や食事の希望について伺い、その日に提供する食事の確認を行っています。一人ひとりの食事形態や希望を記した食札を作り、確認しながら提供しています。嚥下の状態を鑑みて食事形態を変える場合には、デイサービスでの嚥下のようすを観察するとともに家族やケアマネに家でのようすを聞き、本人に確認したうえで変更しています。毎月、栄養士、看護師、主任、所長が集まって給食会議を開き、喫食状況や行事食について検討しています。毎月献立表を配付しています。</p> <p><b>食事が楽しくできるようにさまざまな工夫をしています</b></p> <p>食事が楽しくできるように行事食を工夫しています。デイサービスで行事食を提供する場合には1週間同じメニューを提供していますが、週に複数回来所する方がいるため、週の前半と後半でメニューを少し変えて提供しています。クリスマスには、前半はグラタン、後半はピラフを提供しました。敬老の日には松花堂弁当、ひな祭りにはちらし寿司を出しました。また、行事の時にはいっしょにおやつ作りを行っており、クリスマスにはツリーカステラ、七夕にはフルーツゼリー、ひな祭りには桜餅を作りました。</p>		

## 3 評価項目3

【入浴介助体制のある事業者のみ】

入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 入浴前に利用者の健康状態のチェックをしている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者の状態に応じた入浴方法や介助を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 入浴時には利用者の皮膚の状態など身体状況に留意し、必要に応じて関係者に連絡を入れるなどの対応をしている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 浴室や脱衣室は清潔で、快適な状態にしている	○ 非該当

## 評価項目3の講評

## 入浴前に健康チェックを行っています

デイサービスの利用者の7、8割の方が入浴サービスを利用されています。毎日来所時に体温と血圧、脈を測っており、測定値や体調に気になることがある場合には、入浴前に再度健康チェックを行っています。皮膚の状態など気になることがある場合には、看護師が確認し、家族やケアマネなどに報告しています。薬を塗る必要がある場合には、看護師が確認したうえで、介護スタッフが処置をしています。入浴マニュアルがあり、介助方法や羞恥心への配慮について記載されています。

## 利用者の状態に応じた入浴介助を行っています

入浴時には、浴室や着替えの部屋を暖めるとともに、カーテンを閉めて周りから見えないよう配慮しています。洗い場や浴槽の入り口には転倒防止のため、手摺りが取り付けられています。リフトを使用して浴槽に入る機械が設置されており、1日に1、2の方が利用しています。移動時に車椅子を利用している利用者は、浴室ではシャワーチェアに乗りかえて入浴しています。清掃は毎日使用後にデイサービスのスタッフが行っており、清潔な状態が保たれています。

4 評価項目4 排泄の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 排泄介助が必要な利用者に対して、一人ひとりに応じた誘導や排泄介助の支援をしている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. トイレ(ポータブルトイレを含む)は使いやすさや安全面を考慮し、それに合わせた環境整備をしている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. トイレ(ポータブルトイレを含む)は衛生面に配慮し、清潔にしている	○ 非該当

評価項目4の講評

一人ひとりに応じた誘導や介助をしています

排泄の声掛けや介助は、希望時のほか、来所時、健康チェック後、お茶休憩時、食事の前後、入浴前後、おやつ前、レクリエーション前、帰宅前など活動の節目に行っています。一人ひとりに合わせて、オムツ、布パンツ、紙パンツ、オムツを使用しています。排泄介助マニュアルがあり、入職時に説明し、全職員に配付しています。プライバシーに配慮して、さりげなくトイレに誘うことや、車椅子対応、カテーテル対応、オムツ交換などの留意点が記載されています。

トイレの使いやすさと清潔に配慮しています

各トイレには手摺りとナースコールが設置されており、ナースコールに利用者の手が届かない場合に備えて、呼び鈴も設置されています。車椅子用のトイレもあります。便座は温かくなっており、大き目のゴミ箱も設置されています。トイレの清掃は毎朝福祉センターの清掃の専門スタッフが行っています。利用者が帰宅した後は、介護スタッフがトイレチェックを行い、清掃と消毒を行っています。手洗い場に、液体石けんと消毒剤が設置され、手を拭く時にはペーパータオルを使用しています。



5 評価項目5 利用者の健康を維持するための支援を行っている		評点(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者の主治医や常用薬等について把握している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 必要に応じて利用者の状態に応じた健康管理や支援をしている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 健康に関する利用者からの相談に応じている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしくみを整えている	○ 非該当
● あり ○ なし	5. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている	○ 非該当

評価項目5の講評

**服薬管理や健康チェックを行っています**

デイサービス利用時には、病院の薬事情報表のコピーを提出してもらうか聞き取りをして、どのような薬を服用しているか把握しています。持参した薬は看護師と介護スタッフが二重に確認し、服用時にはそばについて確実に服用したことを確認しています。毎日看護師が、血圧測定、脈拍測定と検温を行い、健康記録表に記載しています。体調で気になることがある場合には、特記欄に記載しています。健康記録簿は全職員が目を通すことになっており、全職員が利用者の健康状態を把握しています。

**一人ひとりの健康管理を行い、健康に関する相談に応じています**

利用者本人、家族、そのほか関係機関からの健康に関する相談に応じています。全利用者を対象に、年1回歯科健診を行い、歯に関する相談にも応じて、入れ歯などの相談にも対応しています。月1回体重測定を行っており、BMI曲線を付け、低い場合には家で食事が摂れているかなどについて調べ、家族やケアマネジャーと相談を行い、訪問看護や訪問介護などとも連携を取って食事や健康に関する支援を行い、在宅で自立した生活が送れるよう支援をしています。

**マニュアルを整備し、体調不良時にも対応しています**

健康管理マニュアルがあり、入職時に説明し全職員に配付しています。服薬管理について誤嚥時の対応、嘔吐時の対応、体調不良時の対応や感染症などについて記載されています。看護師が常駐し、体調不良時には、主任や管理者も含めて対応について相談しています。「緊急時対応マニュアル」が用意されており、急変時にも対応できるよう体制を整えています。AED(徐細動器)を館内に設置しており、数人の職員が消防署の救命救急の研修を受けています。

## 6 評価項目6

利用者の負担にならないよう送迎サービスを工夫し、安全を確保するための支援の方策をとっている

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者の状況に応じて安全に送迎を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者の負担軽減を考慮し、乗車している時間を少なくするなどの工夫をしている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 送迎中の緊急時のために連絡がとれるようにしている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 利用者が帰るまでの待ち時間の過ごし方に工夫をしている	○ 非該当

評価項目6の講評

利用者一人ひとりの状況に応じて送迎を行っています

利用開始時に利用者一人ひとりの心身状況や生活状況について情報収集を行い、車椅子を使用する、歩行器を使用する、歩行時必ず介助するなど安全に配慮して送迎を行っています。送迎時には運転手のほかに必ず介護職員が添乗し、シートベルトの確認を行ったり、車内で利用者に声掛けをするなど、利用者が安全かつ快適に過ごせるよう配慮しています。2台の車を使用し、1時間ほどで戻ってくることができるよう送迎の順番を工夫し、送迎時まだ準備のできていない方がいた場合には、再度迎えに行くなど臨機応変に対応しています。

利用者の安全に配慮して送迎を行っています

送迎マニュアルを用意しています。出発前に車両のチェックを行うこと、送迎車両から離れないことを記載しているほか、緊急連絡簿を確認することや送迎中の緊急時対応などについて記載されています。マニュアルは職員会議などで内容について全職員に周知させるとともに、必ず車に携帯しています。長時間の乗車が困難な利用者には、乗車時間が短くなるよう配慮しています。添乗者は、緊急時の連絡のため、携帯電話を常に持っています。送りの時には、利用者が一斉に出発できるよう段取りを組んでいます。

7 評価項目7 利用者の生活機能向上や健康増進を目的とした機能訓練サービスを工夫し実施している			評点(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目		
● あり ○ なし	1. 機能訓練が必要な利用者に対しては一人ひとりに応じたプログラムを作成し、評価・見直しをしている		○ 非該当
● あり ○ なし	2. 機能訓練のプログラムに日常生活の場でいかすことができる視点を入れている		○ 非該当
● あり ○ なし	3. 機能訓練指導員等の指導のもと、介護職員が活動の場で活かしている		○ 非該当
● あり ○ なし	4. レクリエーションや趣味活動に機能訓練の要素を取り入れるなど、楽しんで訓練を行えるような工夫をしている		○ 非該当
● あり ○ なし	5. 福祉用具は定期的に使用状況の確認をし、必要に応じて対処をしている		○ 非該当
評価項目7の講評			
<p>一人ひとりに目標を定め、評価しながら機能訓練を行っています</p> <p>通所介護サービス計画を立て、一人ひとりに目標を定めて評価しながら機能訓練を行っています。毎日午前中、川崎市北部リハビリテーションセンターの理学療法士と一しょに考案した機能訓練体操を実施しています。休憩を挟んで45分ほどのプログラムです。体操を行う時には、出来るだけ効果がでよう一つの動作の意味について説明を行いながら実施しています。車椅子やシルバーカーなどの福祉機器は、必要に応じて点検を行い、修理しています。</p> <p>機能訓練のため、日常生活の場で生かすことができるさまざまな体操を用意しています</p> <p>機能訓練体操は、ADL(日常生活動作)の自立向上と廃用性症候群の予防のために行っています。プログラムには、口腔機能体操、失禁予防体操、転倒予防体操など実際の生活の場で生かすことができる体操を組み込んでおり、機能訓練体操を家でも行ってもらえるよう声掛けをしています。午後には、レクリエーションを行っています。体力強化のためだけに行うのではなく、さいころを使用したサッカーを行ったり、引っ張りゲームやボウリングを行うなど楽しんで参加できるよう工夫しています。</p> <p>趣味活動の時間を作り、季節に応じた室内の装飾作りなどを行っています</p> <p>午後の時間や合間の時間を利用して、趣味活動を行っています。この時間には、刺し子など利用者の好きなものの製作を行ったり、一しょに季節に応じて装飾作りを楽しんでいます。折り紙などさまざまな素材を使用して、春には桜やチューリップ、夏には水族館やひまわり、秋にはぶどうや柿、冬にはクリスマスの装飾を作り、窓や壁に飾っています。これらは指先の訓練にもなっています。</p>			

## 8 評価項目8

施設で過ごす時間は楽しく快適で、利用者が自立的な生活を送ることができるような工夫(アクティビティ等)を行っている

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. さまざまな内容のバランスに配慮したプログラムを用意している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 活動中の利用者の状態に変化がないか確認し、適宜休息ができる配慮をしている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 食堂やトイレなどの共用スペースは汚れたら随時清掃を行う体制があり、安全性や快適性に留意している	○ 非該当

評価項目8の講評

季節や暦に応じて、さまざまな行事を工夫して実施しています

利用者が楽しく過ごすことができるよう、季節や暦に応じてさまざまな行事を工夫して実施しています。節分には職員が鬼に扮し、獅子舞を披露しました。ひな祭りや五月の節句にはみんなで手作りの雛人形や五月人形を作りました。七夕にはわたあめやゲームの出店を行い、盆踊りを踊りました。運動会では、パン食い競争や借り物競争を行いました。敬老行事や新年会では、外部より太鼓、長唄、落語、玉すだれ、アコーディオンや歌などのボランティアを招き、みんなで楽しみました。

利用者一人ひとりのペースを大切に、機能訓練やレクリエーションなどを実施しています

毎日、午前中に機能訓練を行い、午後にはレクリエーションとアクティビティを実施しています。合間に休憩を取り、利用者の状態を把握しながら、一人ひとりのペースを大切に実施しています。利用者がレクリエーションやアクティビティに参加したくない場合には、別の場所で寛いだり、好きな場所を選んで自由に時間を過ごすこともできます。また、毎月お誕生会を行っています。職員が手作りでお誕生カードを作成しており、利用者は楽しみにしています。

利用者が落ち着いて過ごせる環境作りに努めています

利用者が落ち着いて過ごすことができるような雰囲気作りの工夫をしています。テーブルは大きめのものを使用して、ゆったりと過ごしてもらえるよう配慮しています。疲れた時にはゆっくり休むことができるよう、ソファやベッドを用意しています。職員は気ぜわしく動かないよう配慮し、時にはゆったりとした気分で過ごしてもらえるよう音楽を流すこともあります。食堂やトイレなどは清掃担当職員が毎日清掃するほか、汚れた時にはつど職員が清掃し、清潔な環境が保たれています。

9 評価項目9 施設と家族との交流・連携を図っている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者の日常の様子や施設の現況を家族や介護支援専門員に知らせている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者の家族などの見学はいつでも希望に応じている	○ 非該当
評価項目9の講評		
<p><b>利用者の日常の様子を家族や介護支援専門員に知らせています</b>          利用者の日常の様子は、口頭及び連絡帳を通して家族とやり取りしています。連絡帳には血圧や体温を記載するほか、服薬について、入浴の有無、食事量や活動について記載する様式になっています。必要に応じて、家族や介護支援専門員に電話で連絡を取ることもあります。毎月、給食だよりと「デイサービスセンター便り」を発行し、月の予定や献立を掲載するほか、季節に応じてコメントを掲載しています。給食だよりには、カロリーや塩分も掲載し、家での献立の参考にしてもらっています。</p> <p><b>利用者の家族などの見学はいつでも希望に応じています</b>          年3回、同じ建物内の同法人の事業である老人福祉センターと合同で、「老人福祉センター便り」を発行しており、デイサービスで行われた行事や日課などを写真つきでお知らせしています。利用者の家族や介護支援専門員からの見学の要望にはいつでも応じる体制ができています。毎年秋に利用者満足度調査として「デイサービス満足度アンケート」を行い、利用者や家族の意見を聞く機会としています。</p>		

10	<b>評価項目10</b> 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている	<b>評点(〇〇〇)</b>												
	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">評価</th> <th style="width: 70%;">標準項目</th> <th style="width: 15%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>1. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している</td> <td>○ 非該当</td> </tr> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>2. 利用者が職員以外の人と交流できる機会を確保している</td> <td>○ 非該当</td> </tr> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>3. 利用者が地域のさまざまな資源を利用する機会を設けている</td> <td>○ 非該当</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		● あり ○ なし	1. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している	○ 非該当	● あり ○ なし	2. 利用者が職員以外の人と交流できる機会を確保している	○ 非該当	● あり ○ なし	3. 利用者が地域のさまざまな資源を利用する機会を設けている	○ 非該当	
評価	標準項目													
● あり ○ なし	1. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している	○ 非該当												
● あり ○ なし	2. 利用者が職員以外の人と交流できる機会を確保している	○ 非該当												
● あり ○ なし	3. 利用者が地域のさまざまな資源を利用する機会を設けている	○ 非該当												
	<b>評価項目10の講評</b>													
	<p><b>地域の情報を伝えたり、地域の資源を活用しています</b></p> <p>毎日午前中の機能訓練体操の時間の前に、5分ほどの時間で、今日は何の日か、今日のニュースにはどんなものがあるかなど巷の情報を伝えています。また、季節や暦に応じて、地域の老人クラブや老人会のイベント、老人保健福祉センターの文化祭の情報など地域で行われているイベントや行事について紹介しています。地域のさまざまな資源を活用する機会として、近隣のバラ園にお花見に出かけたり、近隣の歯科医院に依頼して口腔衛生の講習会を催したりしています。</p> <p><b>ボランティアとの交流を楽しんでいます</b></p> <p>職員以外の人との交流の機会として、ボランティアの受け入れを行っています。毎日1～2名の地域の方が交代で、お茶だしや話し相手のボランティアに来所しており、月1回土曜日に傾聴ボランティアが来所しています。敬老会や新年会など大きな行事の時には、同建物内の老人福祉センターの教室の方を中心にボランティアを招いて、楽器演奏、太鼓、玉すだれ、腹話術など多彩な催しを行っています。教員希望の実習生が、後日、歌や楽器の演奏に来所することもあります。</p> <p><b>実習生との交流は生活の幅を広げる取り組みとなっています</b></p> <p>実習生の受け入れを行っています。教員希望の実習生には、主に利用者の話し相手になってもらい、利用者がどのような生活をしているのかなどを体験できるプログラムを提供しています。介護福祉士の実習で来所している実習生には、入浴、移動などの介助を行ってもらうほか、実際にレクリエーションを実施することを課題としています。これらの活動は、利用者の生活の幅を広げる取り組みとなっています。</p>													

調査対象	施設を利用している人を対象に調査を実施しました。利用者総数に対する回答者割合は66.0%でした。
調査方法	アンケート調査は無記名方式とし、配付は施設を通じて利用者の家族に手渡しし、回収は評価機関へ直接郵送する方式としました。また、場面観察調査では、評価者が利用者の日常の様子を直接観察しました。

利用者総数 50

	アンケート	聞き取り	計
共通評価項目による調査対象者数	50	0	50
共通評価項目による調査の有効回答者数	33	0	33
利用者総数に対する回答者割合(%)	66.0	0.0	66.0

**利用者調査全体のコメント**

施設に対する総合的な感想は、「大変満足」が13人(39.4%)、「満足」が16人(48.5%)で「満足」以上の回答は合計29人(87.9%)でした。  
 自由意見には「一日楽しく過ごしています」「職員はじめ、ボランティアの方々等、大変お世話になり感謝しています」「食事を大変おいしく頂いています」と、施設に信頼を寄せる声が見られます。  
 質問別に見ると「必要な介助への対応について」で100%、「職員の言葉遣いや態度、副賞について」で93.9%、「生活スペースの清潔・整理について」「サービスに関する計画の作成や見直しについて」「事業所での過ごし方について」で90.9%の利用者が「はい」と回答し、満足度が高い様子が読み取れます。  
 一方、「職員以外の人にも相談できることを伝えられたか」という質問に対しては、「はい」と回答した方の割合は54.5%と、ほかの質問に比べて低い状況でした。

**利用者調査結果**

共通評価項目	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 利用時の過ごし方は、個人のペースに合っているか	30	2	0	1
「はい」が90.9%、「どちらともいえない」が6.1%、「無回答・非該当」が3.0%でした。 コメントはありませんでした。				
2. 食事の献立や食事介助は満足か	27	4	1	1
「はい」が81.8%、「どちらともいえない」が12.1%、「いいえ」が3.0%、「無回答・非該当」が3.0%でした。 コメントはありませんでした。				

3. 利用者が必要と感じた介助が提供されているか	33	0	0	0
「はい」が100.0%でした。 コメントはありませんでした。				
4. 利用中の楽しいな行事や活動があるか	26	4	2	1
「はい」が78.8%、「どちらともいえない」が12.1%、「いいえ」が6.1%、「無回答・非該当」が3.0%でした。 自由意見には、「職員さんの気遣いが素晴らしいです」「ぬり絵が楽しみです」などの声がありました。				
5. 個別プランに基づいた事業所の活動・リハビリは、家での生活に役立つか	25	6	1	1
「はい」が75.8%、「どちらともいえない」が18.2%、「いいえ」が3.0%、「無回答・非該当」が3.0%でした。 自由意見には、「運動指導をしてくれます」などの声がありました。				
6. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	30	2	0	1
「はい」が90.9%、「どちらともいえない」が6.1%、「無回答・非該当」が3.0%でした。 コメントはありませんでした。				
7. 職員の接遇・態度は適切か	31	1	1	0
「はい」が93.9%、「どちらともいえない」が3.0%、「いいえ」が3.0%でした。 コメントはありませんでした。				
8. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	29	1	0	3
「はい」が87.9%、「どちらともいえない」が3.0%、「無回答・非該当」が9.1%でした。 コメントはありませんでした。				
9. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	24	4	0	5
「はい」が72.7%、「どちらともいえない」が12.1%、「無回答・非該当」が15.2%でした。 自由意見には、「職員は大変だと思う」「いじめはありません」などの声がありました。				



10. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	30	2	0	1
「はい」が90.9%、「どちらともいえない」が6.1%、「無回答・非該当」が3.0%でした。 コメントはありませんでした。				
11. 利用者のプライバシーは守られているか	28	3	2	0
「はい」が84.8%、「どちらともいえない」が9.1%、「いいえ」が6.1%でした。 自由意見には、「経験がないのでわかりません」という声がありました。				
12. 個別の計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか	30	1	2	0
「はい」が90.9%、「どちらともいえない」が3.0%、「いいえ」が6.1%でした。 自由意見には、「話せば聞いてくれると思う」などの声がありました。				
13. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか	26	3	1	3
「はい」が78.8%、「どちらともいえない」が9.1%、「いいえ」が3.0%、「無回答・非該当」が9.1%でした。 自由意見には、「若いのによくやってくれています」などの声がありました。				
14. 利用者の不満や要望は対応されているか	25	3	1	4
「はい」が75.8%、「どちらともいえない」が9.1%、「いいえ」が3.0%、「無回答・非該当」が12.1%でした。 自由意見には、「要望や不満はあまりありません」「楽しいです」などの声がありました。				
15. 外部の苦情窓口（行政や第三者委員等）にも相談できることを伝えられているか	18	5	3	7
「はい」が54.5%、「どちらともいえない」が15.2%、「いいえ」が9.1%、「無回答・非該当」が21.7%でした。 自由意見には、「私はケアマネージャーさんに何でも相談しています」「あまりこのようなことはない」「特に相談したいことがないのでありません」などの声がありました。				