

東京都福祉サービス評価推進機構  
公益財団法人 東京都福祉保健財団理事長 殿

〒 102-0082

所在地 東京都千代田区一番町6-4-302

評価機関名 株式会社 ケアシステムズ

認証評価機関番号

機構 06 - 167

電話番号 03-3511-5035

代表者氏名 和田 俊一

印

以下のとおり評価を行いましたので報告します。

評価者氏名・担当分野・評価者養成講習修了者番号	評価者氏名		修了者番号	
	①	和田 輝美	H1001021	
	②	伊藤 孝子	H1401060	
	③			
	④			
	⑤			
	⑥			
福祉サービス種別	通所介護【デイサービス】			
評価対象事業所名称	千代田区立一番町高齢者在宅サービスセンター		指定番号	1370100602
事業所連絡先	〒	102-0082		
	所在地	東京都千代田区一番町12番 いきいきプラザ一番町3階		
	TEL	03-3265-6131		
事業所代表者氏名	施設長 今井 隆			
契約日	2016年 8月 1日			
利用者調査票配付日(実施日)	2016年 8月 4日			
利用者調査結果報告日	2016年 9月 30日			
自己評価の調査票配付日	2016年 8月 4日			
自己評価結果報告日	2016年 9月 30日			
訪問調査日	2016年 10月 3日			
評価合議日	2016年 10月 3日			
コメント (利用者調査・事業評価の工夫点、補助者・専門家等の活用、第三者性確保のための措置などを記入)	利用者調査は、調査実施日現在、当事業所を利用している全ての利用者を対象にアンケートを実施した。事業所と評価機関の連名による依頼状にアンケート用紙と返信用封筒を同封して対象者に配付、回答は評価機関に直接送付してもらった。事業評価に際しては、事前説明を行うとともに、職員からも個々の標準項目にチェックを入れた分析シートを回収し参考とした。第三者性の確保については、当評価機関、担当評価者と事業者との間に事実上、人事上の関係は一切存在しないことを確認し、中立公正な評価に努めた。			

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む評価結果報告書を受け取りました。

本報告書の内容のうち、

- 機構が定める部分を公表することに同意します。
- 別添の理由書により、一部について、公表に同意しません。
- 別添の理由書により、公表には同意しません。  クリア

年 月 日

事業者代表者氏名 施設長 今井 隆

印

1	<p><b>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</b></p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>1)思いやりのこころの介護を実践する 2)家庭的な雰囲気大切にす。 3)尊厳を持った、その人らしい自立生活が送れるようにする。 4)自己決定の尊重と残存機能の活用に努める。 5)地域と共生し地域福祉の拠点を旨す。</p>
2	<p><b>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</b></p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <p>法人・施設の運営方針を良く理解し、業務の中で活かしてもらいたい。また、人事管理制度の中で果たすべき役割を明記してあるのでそれを実行してもらいたい。</p> <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <p>自分の置かれている立場を認識し、自信を持って業務遂行できるよう自己研鑽してもらいたい。その人らしい人生を送ってもらうための社会的責任と使命感を持ってもらいたい。</p>

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	利用者一人ひとりの過ごし方を大切にしている
	内容	事業所では、利用者一人ひとりが「その人らしく1日を過ごせる」ような自分の居場所を選べるようにしている。利用者と会話する機会を数多く設けることで、「好きなこと」や「あまり得意でないもの」を職員が把握し、情報共有に取り組んでいる。利用者が居心地よく、また次回も通って来たいようになるように、連絡ノートを使い家族とも情報を共有している。利用者調査の「過ごし方は個人のペースに合っているか」の設問に関しても、81.6%の高い満足度が得られている。
2	タイトル	心身機能を向上させる各種のプログラムを設けている
	内容	専門職以外の介護職員も心身機能を向上させるための各種のプログラムが実施できるように、職員全体で資料を確認したり、研修会を実施している。レクリエーションプログラムでは、「何に効果がある活動内容なのか」が分かりやすいように、実施する際にはその都度説明している。運動系のプログラムや卓上で行われる趣味活動系のゲームなど、多くの集団で行う機能訓練のプログラムを実施している。いずれも手足のリハビリ効果をはじめ、気持ちも健やかになることを目的としている。
3	タイトル	不満や要望を言いやすく、さらに迅速な対応を心がけている
	内容	利用者・家族の意見や要望を把握する仕組みとしては、送迎時の家族からの申し送りや連絡帳を設けている。また、状態が変化した際などは電話によって適宜伝えることにしている。日々の申し送り、デイサービス会議、常勤職員会議などの機会を通じて共有しており、迅速に対処することを心がけている。今回行った利用者調査の「不満や要望は言いやすく、実際に対応してくれるか」の設問に関して、高い満足度が得られており、適切な対応がなされていることがうかがえる。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	口腔体操や口腔ケアなどの支援が成果を得ているかを検証することが望まれる
	内容	原則食事開始時間を12時としているが、入浴などで遅れて喫食する利用者については、そのつど個別に対応することとしている。その際には、温かい物は温かく、冷たい物は冷たく提供するように努めている。また、誤嚥を防ぎ、いつまでも口から食事を楽しめるように、口腔ケアには特に力を入れている。食事前には口腔体操を必ず実施し、食後には持参した歯ブラシで歯みがきをしてもらっている。さらに個々の支援内容が結果が得られているかをチェックすることも望まれる。
2	タイトル	個別性のある通所介護計画書の作成が望まれる
	内容	利用者の自宅等で行われるサービス担当者会議に相談員が出席し、アセスメントを行い、それをもとに通所介護計画書が立てられサービスが開始している。通所介護計画書はケアマネジャーのケアプランの短期目標に連動しており、6か月に1回見直しをしている。しかし、通所介護計画書は作成しているが大枠のものが多く、一人ひとりの利用者のリハビリの内容等、個性のあるものに工夫していくことが望まれる。通所介護計画書はファイルされいつでも見られるようになっているが内容が職員に十分に伝わっているかどうかは不明確であり検討が望まれる。
3	タイトル	
	内容	

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-1-1	利用希望者等に対してサービスの情報を提供している
タイトル①	関係機関へは定期的な情報提供によって連携が図れるようにしている	
内容①	特別養護老人ホーム・ショートステイ・地域包括支援センターなどの併設事業と合わせて、月単位で保険者に運営情報を提供しており、日頃から連携が図れるようにしている。また、施設内や地域の居宅介護支援事業所へは、「空き状況」などを定期的な訪問によって伝えており、日頃より情報共有できる関係になっている。利用者に対しては、日々のプログラムや行事などを掲載したスケジュールを作成しており、当月末には翌月分を利用者全員に配布している。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-2-2	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
タイトル②	利用者の不安やストレスをできる限り軽減することに努めている	
内容②	日々の利用時には、急変や疲労など様々なことが想定されるため、柔軟な対応に努めている。途中で帰りたくなった場合などは無理をしないことにしている。疲労を感じた場合は、いつでも静養できるスペースを完備している。過ごしやすく、また、その方らしく過ごせるように、自宅で使用している生活雑貨なども持参してもらっている。今回行った利用者調査の「介護計画の説明は分かりやすかったか」の設問に関しては、高い満足度が得られており、適切な説明がなされていることがうかがえる。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-6	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
タイトル③	到着後や帰宅開始時の支援を充実させることを心がけている	
内容③	利用者全員が到着するまでの時間帯や、帰宅が開始し全員が帰宅するまでの時間帯については、手持無沙汰にならないように利用者の希望や個性に合わせて工夫している。プログラムが始まるまでの時間帯については、職員が積極的に関わり、利用者との会話や利用者間の会話が弾むような話題提供に努めている。その他にも日によっては手工芸や編み物など、自由に過ごしてもらっている。帰宅開始時からは、利用者同士の団らんや休憩、読書などの趣味活動などをしてもらっている。また、疲労の訴えのある場合には、ベッドで休んでもらうようにしている。	

調査対象

調査日現在、当事業所の利用登録者総数である120名を調査対象とした。回答者の属性は男性14名、女性51名、無回答8名であった。年齢は、70歳未満4名、70歳代5名、80歳代30名、90歳以上26名、無回答8名であった。

調査方法

全利用者に対して、事業所と評価機関連名の依頼文を同封し事業所から配付してもらった。回収は、返信用封筒を同封し直接評価機関に返信して貰う方法でアンケート調査を実施した。

利用者総数

120

共通評価項目による調査対象者数

アンケート	聞き取り	計
73	0	73
73	0	73
60.8	0.0	60.8

共通評価項目による調査の有効回答者数

利用者総数に対する回答者割合(%)

**利用者調査全体のコメント**

回答者の属性は、「利用者本人」が35.6%、「家族と相談」が31.5%、「家族が代弁」が20.6%、「無回答」が12.3%であった。総合的な満足度に関する調査の結果は、「大変満足」または「満足」が83.5%、「どちらともいえない」が11.0%、「無回答」が5.5%であり、大変高い満足度であった。  
 項目別で見ると、＜サービスの提供＞に関する5設問中3設問において大変高い満足度であった。  
 ＜安心・快適性＞に関する4設問中3設問において大変高い満足度であった。特に「職員の言葉遣いや態度」については91.8%の大変高い満足度であった。  
 ＜利用者個人の尊重＞に関する4設問中2設問において高い満足度であった。特に「利用者の気持ちへの対応」については91.8%の大変高い満足度であった。  
 ＜不満・要望への対応＞に関する設問では、「不満や要望への対応」については高い満足度であったが、「外部の相談窓口の案内」については、更に高い満足度が望まれる結果であった。

**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	60	11	0	2
「はい」が82.2%、「どちらともいえない」が15.1%、「無回答・非該当」が2.7%であり、大変高い満足度であった。自由意見では、「送迎バスもほとんど定時なので本当に助かります。待たされる事はありません」、「バスで待たされることが多々ある」という声が聞かれた。				
2. 食事の献立や食事介助は満足か	60	10	1	2
「はい」が82.2%、「どちらともいえない」が13.7%、「いいえ」が1.4%、「無回答・非該当」が2.7%であり、大変高い満足度であった。自由意見では、「その場で作っているの美味しいです」、「食事が美味しいので楽しみです」、「塩分控え目が多くて物足りない事があります」という声が聞かれた。				

3. 利用者が必要と感じた介助が提供されているか	62	3	2	6
「はい」が84.9%、「どちらともいえない」が4.1%、「いいえ」が2.7%、「無回答・非該当」が8.3%であり、大変高い満足度であった。自由意見では、「とても皆さん優しい」、「必要な時が無かったので分からない」という声が聞かれた。				
4. 利用中の楽しい行事や活動があるか	50	13	6	4
「はい」が68.5%、「どちらともいえない」が17.8%、「いいえ」が8.2%、「無回答・非該当」が5.5%であった。自由意見では、「カレンダーを作ったり友達と楽しく話し合っています」、「習字、風船バレー、カレンダー作り、塗り絵、音楽、脳トレ、体操」、「幼稚園的なことばかりでなく、希望者には月1回でもいいので俳句や短歌や書道などがあつたら楽しいです」という声が聞かれた。				
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	50	15	4	4
「はい」が68.5%、「どちらともいえない」20.5%、「いいえ」が5.5%、「無回答・非該当」が5.5%であった。自由意見では、「とても役に立っている。カレンダー作りなど」、「体操」、「役に立っているかは正直分かりません」という声が聞かれた。				
6. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	62	8	1	2
「はい」が84.9%、「どちらともいえない」が11.0%、「いいえ」が1.4%、「無回答・非該当」が2.7%であり、大変高い満足度であった。自由意見では、「いつも清潔でありがたいと思っています」、「いつも清潔である」、「スペースが狭い」という声が聞かれた。				
7. 職員の接遇・態度は適切か	67	4	0	2
「はい」が91.8%、「どちらともいえない」が5.5%、「無回答・非該当」が2.7%であり、大変高い満足度であった。自由意見では、「皆さん親切です」、「いつも誠実な対応をありがとうございます」、「ほとんどの方はきちんと対応して下さいますが、中には一部で言葉遣いの嫌な感じの方がいます」という声が聞かれた。				
8. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	60	5	0	8
「はい」が82.2%、「どちらともいえない」が6.8%、「無回答・非該当」が11.0%であり、大変高い満足度であった。自由意見では、「とても気配りして下さり感謝しています」、「とても親切に対応して頂いています」、「まだなつたことが無いので分からない」という声が聞かれた。				
9. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	46	6	0	21
「はい」が63.0%、「どちらともいえない」が8.2%、「無回答・非該当」が28.8%であった。自由意見では、「グループ席を見極めて配置されており、気持ちよく過ごしています」、「いじめ、いさかいはありません」、「いじめなどされたことはありません」という声が聞かれた。				

10. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	67	3	0	3
「はい」が91.8%、「どちらともいえない」が4.1%、「無回答・非該当」が4.1%であり、大変高い満足度であった。自由意見では、「いつも行き届いたサービスに感謝しています。今後共よろしく願います」、「大変良くやっているといます」という声が聞かれた。				
11. 利用者のプライバシーは守られているか	55	10	1	7
「はい」が75.3%、「どちらともいえない」が13.7%、「いいえ」が1.4%、「無回答・非該当」が9.6%であり、高い満足度であった。自由意見では、「トイレの付き添いに男性職員は困ると伝え、対応してくれた」という声が聞かれた。				
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	51	11	4	7
「はい」が69.9%、「どちらともいえない」が15.1%、「いいえ」が5.5%、「無回答・非該当」が9.5%であった。自由意見では、「経験が無いので分からない」、「考えたこともありません」という声が聞かれた。				
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	51	14	3	5
「はい」が69.9%、「どちらともいえない」が19.2%、「いいえ」が4.1%、「無回答・非該当」が6.8%であった。自由意見では、「わかりやすいと思う」、「わかりにくい」という声が聞かれた。				
14. 利用者の不満や要望は対応されているか	52	8	3	10
「はい」が71.2%、「どちらともいえない」が11.0%、「いいえ」が4.1%、「無回答・非該当」が13.7%であり、高い満足度であった。自由意見では、「今のところ不満はありません」、「トイレが少ない」という声が聞かれた。				
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	34	15	4	20
「はい」が46.6%、「どちらともいえない」が20.5%、「いいえ」が5.5%、「無回答・非該当」が27.4%であった。自由意見では、「困った事はありません。100%満足でありがたいと思っています」、「ケアマネジャーさんが施設とよく連絡を取って下さっているようです」、「知らない」という声が聞かれた。				

I サービス提供のプロセス項目(サブカテゴリ1～3、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 <b>4/4</b>
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(0000)
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なっている	<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>事業所の情報は多くの方に見ていただけるようわかりやすい内容での表記に努めている</p> <p>事業所の情報は、法人本部で作成しているホームページのほか事業所で作成しているパンフレットや利用案内で提供されている。複合施設である当施設を利用する多くの方に見てもらえるように施設の入口である1階カウンターにパンフレットと利用案内を常置している。利用者家族や関係機関に向けては、施設全体の紹介紙である「いきいき通信」や月間予定を、気軽に読んでもらえる情報として分かりやすい内容で発行している。</p> <p>利用希望者の問い合わせや見学の要望には柔軟に対応している</p> <p>事業所では、利用希望者の問い合わせや見学の要望に随時対応しており、日程調整をして見学予約をしてもらっている。見学についての対応は、おもに相談員を中心にして対応している。活動やリハビリの様子などを説明を交えながら見学してもらい、質問等にも応じている。デイルーム内と通路には毎月の手作りカレンダーや利用者の作品など様々な展示物があり、日頃の様子を感じてもらえるような工夫がされている。問い合わせの内容や見学者についての情報は見学記録簿に記載し保管している。</p>		
サブカテゴリ2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 <b>7/7</b>
評価項目1 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(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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		<b>評点(0000)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー2の講評		
<p>利用開始時には丁寧でわかりやすい説明を心がけている</p> <p>利用開始前に必ず自宅を訪問し、契約書と重要事項説明書に基づいてサービス内容や利用者負担金についてなど、丁寧に分かりやすい説明を心がけている。利用者の心身状況を鑑み、できる限り家族などの同席を促し、家族の生活環境、希望や負担に感じていること、注意を要することなどについての内容の把握に努めている。必要に応じて成年後見人や担当のケアマネジャーにも同席を促している。聞き取り内容は面接記録表に記載するとともに、通所介護計画書に反映している。</p> <p>サービスの開始時には職員間の情報共有を行い利用者への支援につなげている</p> <p>サービスの開始にあたっては、利用開始前に入手した情報や介護支援専門員からの情報に基づいてまとめられた「新規利用者表」を事前に把握するなど職員間での情報共有に努めている。利用初日には、一日の流れをわかりやすく説明し職員からの声かけを多くするほか、利用者間でも会話がはずむように座席の工夫をしながら利用者が不安にならないような支援を行っている。また、利用者の様子を介護支援専門員と家族に報告することで、状況に応じてはアドバイスをもらうなど不安解消につなげている。</p>		
サブカテゴリー3		
<b>3</b>	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリー毎の <b>標準項目実施状況</b> <b>11/11</b>
<b>評価項目1</b> 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		<b>評点(000)</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

<b>評価項目2</b> 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		<b>評点(0000)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<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たくえで、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くみを整備している	<input type="radio"/> 非該当

<b>評価項目3</b> 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		<b>評点(00)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	<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

<b>評価項目4</b> 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>評点(00)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリー3の講評

**利用者の希望や課題を踏まえて通所介護計画を定期的に見直している**  
 利用者の心身状況や生活環境などの情報はアセスメントに記載されており、居宅介護計画書での利用者や家族の希望や課題を参考にしながら通所介護計画を作成している。定期的な見直しは半年ごとに行っているが、利用者の状況に変化が生じた場合や認定期間更新時にはカンファレンスを行い、利用者の状況の把握に努めると同時に計画の更新や変更を行い、利用者や家族に説明して同意を得ている。

**利用者に関する情報は規定の書式に記録され職員間での情報共有に努めている**  
 利用者の日々の様子や家族からの要望、連絡ノートからの特記事項などは、リーダー職員が細かく介護ソフトへ入力している。入力された内容はプリントして職員閲覧用としてファイルされており、職員室で閲覧できるようにしている。そのほかに、朝夕の申し送りや業務連絡ノートを活用して確認できるしくみがあり、職員間での情報の共有に努めている。また、送迎時や連絡帳を通じて家族からの申し送りに迅速に対応することを心がけている。

サブカテゴリ-5	
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重 <span style="float: right;">サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 7/7</span>
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している <span style="float: right;">評点(000)</span>	
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 <span style="float: right;">○非該当</span>
<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 <span style="float: right;">○非該当</span>
<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 <span style="float: right;">○非該当</span>
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 <span style="float: right;">評点(0000)</span>	
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) <span style="float: right;">○非該当</span>
<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 <span style="float: right;">○非該当</span>
<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 <span style="float: right;">○非該当</span>
<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 <span style="float: right;">○非該当</span>
サブカテゴリ-5の講評	
<p>利用者のプライバシー保護については法人の規定に基づいて研修を行い周知している</p> <p>利用者のプライバシー保護については、法人で作成している個人情報保護規定や重要事項説明書の内容に基づいて職員研修を行うことで職員間での周知に努めている。運営面では送迎時のバスの停車位置などについてもプライバシーに配慮したり、近隣の住民についても騒音などに配慮して、きめ細かな対応を心がけている。個人情報の取り扱いについては、契約時に必ず個人情報の利用目的についての説明を行い同意書を得ている。</p> <p>事業所内の環境を鑑み、羞恥心への配慮は特に大切にしている</p> <p>職員教育においては「排泄時の声かけに気をつける」を目標に掲げており、トイレに誘導する際の声かけについては職員一同が日頃から気をつけている。トイレ数が少ないこともあり利用時間が集中してしまうため、混雑時間をさけて利用してもらうために、時間のかかる利用者については早めの誘導を心がけている。また、鍵のかかるドアとカーテンのみの個室があることから、介助の状態に合わせて利用者本人に選択してもらっている。</p>	

## 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(000)

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(000)

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(00000)

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

職員全員が利用者の安全に配慮し情報の共有に取り組んでいる

食事や入浴、排せつなどの介助に関するマニュアルのほか、委員会、記録、レクリエーションに関するフローシートも用意され活用されている。改善点について毎年職員間で検討を行い、手順や流れに関しては改善があった際には更新をしている。会議や打ち合わせの内容は介護日誌に反映され、職員全員が確認するしくみとなっている。日々の特記事項などについては朝礼と終礼での申し送りがあり、職員全員で情報の共有に取り組んでいる。

施設内研修は毎月開催されており全職員が参加している

事業所では「プライバシー保護」、「感染症・食中毒」、「事故の発生防止・非常災害時の対応」などのテーマで月に1回の施設内研修が開催されており、職員全員が参加している。外部研修の予定も随時案内があり、職員からの参加希望に対応している。研修参加後は、研修報告書を提出しさらに職員会議で発表するなど内容の周知に努めている。職員のスキルや対応については、利用者アンケートの結果からも高い満足度が得られている。

II サービスの実施項目(サブカテゴリー4)

サブカテゴリー4		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	38/38
サービスの実施項目			
1 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		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 介護計画に基づいて支援を行っている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
評価項目1の講評			
<p>介護計画は定期的なモニタリングで達成状況を確認している</p> <p>通所介護計画書はケースファイルに綴じられており、フロア内の職員室にあるキャビネットに保管されている。職員は必要時すぐに手に取れるようにしている。支援経過はパソコン内の介護ソフトに記録されており、時系列で利用者の状況が確認できる。計画に沿った支援の効果を確認するために短期目標に沿ってモニタリングを実施している。相談員・介護職員・看護師など各専門職の合議によって達成状況を確認し、それを踏まえて新たな計画が作成されている。</p> <p>家族・関係機関・事業所が連携して支援することを心がけている</p> <p>初回訪問時、本人・家族の意向や要望を聞き、「面接シート」に記述し、通所介護計画書に反映させている。ケアプランからの要望やサービス担当者会議で出た意見も参考にして通所介護計画書を立てている。利用者の特性や疾患、心身の状況を把握し、コミュニケーションを良くして、利用者の自立支援に向けて努力している。また、随時ケアマネジャーには近況報告をしており、健康状態から家族支援や虐待の可能性など記載事項としては直接的すぎず書けない内容もケアマネジャーへ連絡して協力体制が図れるようにしている。</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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 食事を楽しむ工夫をしている		<input type="radio"/> 非該当

評価項目2の講評

心身状況を把握した食事提供に取り組んでいる

自宅での食時形態を把握し、利用者一人ひとりに適した食事提供に取り組んでいる。主食は常食・粥・ミキサーなど、副食は刻み・極刻み・ミキサー・ソフト食などの食事形態を用意している。嫌いなものやアレルギーや禁止食等の意向も聞き、代替食の用意や自助具などを用いて利用者のペースで喫食できるように取り組んでいる。心身状況に応じて、当日のメニュー変更依頼にも柔軟に対応している。個々の利用者の食事形態については通所介護計画書にも記述している。

食事が楽しめる環境の整備に努めている

遅い朝食や通院などの都合により昼食時間に喫食できない場合には、衛生管理上2時間は時間の延長を設けており柔軟に対応している。また、テーブルと椅子の高さの調整や足の踏み台などを用意して食べ易さに努めたり、ティッシュペーパーなどを卓上に用意したりと、食事時の環境整備にも努めている。管理栄養士や厨房と協力して、行事食として年2回、「おでんバイキング」「お寿司バイキング」「鍋パーティー」などを行い食事を楽しんでもらっている。特養で行っている「食中毒予防」の研修にもデイサービスの職員が参加している。

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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 浴室や脱衣室は清潔で、快適な状態にしている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3の講評

利用者の状態に応じた入浴支援に努めている

デイサービスに到着すると血圧と体温の測定をしている。測定数値はバイタルチェック表に記載し、特別な変化がなければ入浴を実施している。一般浴、リフト浴、機械浴が用意されており、相談員が事前訪問時にきいた情報や家族の話から浴槽の種類を決めている。その日の歩行状態によって、浴槽の種類を変更する場合もある。その時には家族へ連絡帳によって知らせ、送迎時に伝えている。現在、約7割の利用者が入浴のサービスを受けているが、入浴回数の週単位での制限はなく、利用者の希望や利用状況によって入浴回数が決まっている。

浴室・脱衣室の清潔確保に取り組んでいる

入浴時の皮膚の状態やけがの処置などは看護師・介護士が共に観察し行っている。その状況は家族に報告し、場合によっては受診を勧めることもあり、家族連携が難しい時にはケアマネジャーや支援センターと連携し支援している。服の着脱、洗身、洗髪等自分で出来ることは自分でしてもらうように促している。また、浴室や脱衣室は、定期的な清掃をはじめ、午前・午後の終了時に担当職員による清掃も行われており、清潔な環境が整備されているが、さらに入浴が楽しめるアイテムを何か工夫されることが望まれる。

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(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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、それに適した環境整備をしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

評価項目4の講評

排泄チェック表を用意し、個別支援に取り組んでいる

利用者一人ひとりの排泄状況をアセスメントしており、適切に排泄ができるように支援している。現在、排泄支援を必要とする利用者については時間と排泄方法を記載した「排泄チェック表」を作成し、チェック表へ回数や時間帯を記録することによって排泄パターンの把握と必要に応じた声かけや誘導をおこなえるようにしている。また、排泄に関するアセスメントでは、身体可動域、立位・歩行力、尿意・便意の有無、用品類の使用の有無等の情報収集をおこない、利用者には意向や要望を確認して、対応や方法を決定している。

安全面に配慮した排泄環境が整っている

排泄介助の際には残存機能の維持や羞恥心に配慮した支援を心がけている。トイレの環境としては男女別にトイレが設置されており、男性には立ち便器が用意されている。安全性のためにドアをカーテンに替え、女性トイレではドアに鍵がかかるようにして、プライバシーへの配慮がなされている。また、トイレは専門の清掃業者により、毎日清掃が行われており、汚染された場合には職員がそのつど清掃し、清潔保持に努めている。石鹸・消毒液・ペーパータオルなどの衛生用品も適切に配置されている。

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(00000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 健康に関する利用者からの相談に応じている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当



評価項目5の講評

看護師を中心に利用者の健康管理に取り組んでいる

看護師を中心に利用者の健康管理に取り組んでおり、バイタルチェック、健康相談、入浴時の皮膚観察、薬の塗布など幅広い支援を提供している。事業所ではインシュリン注射、胃ろう造設者などの医療行為を必要とする利用者の受け入れも行っており、対応などは看護師が行っている。服薬管理については連絡帳に服薬袋を同封し、薬を入れてきてもらう等、内服薬確認リストにて二重にチェックしている。また、看護師が利用者一人ひとりに配薬し、飲み込むまでの確認や服薬チェック表への記載を行うことで誤薬、落薬、飲み忘れの防止を図っている。

緊急時の対応方法が整備されている

利用開始の契約時には「体調不良急変時に関する意向調査」を提出してもらい、急変時の本人や家族の意向を確認している。その意向調査書にはセンター内で急変した場合の搬送先の病院・主治医や家族の緊急連絡先について複数記述されており、いつでも連絡できるようにしている。また、状態に急変がみられた際には、看護師・介護士が連携をとり、家族へ連絡の上、救急車を要請することもある。状態変化が急を要さない場合には看護師が家族宛に手紙を書いて連絡を取り合い、受診につなげる場合もある。その場合にはケアマネジャーとの連携もとっている。

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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の状況に応じて安全に送迎を行っている	<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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

評価項目6の講評

複数の送迎ルートによって乗車時間の軽減に取り組んでいる

事業所では送迎業務を業者委託しており、専属のドライバーがバス送迎表を作成し安全な運転に努めている。車椅子が乗降できる送迎車両4台を配置し、各車両ともに2ルート送迎をおこない、合計8ルート体制によって乗車時間を短くするように努めている。送迎の範囲が広く、往復の時間が1時間近くかかってしまう利用者もあり、長時間の乗車ということでは体調等で問題がある場合にはルート等の配慮をしている。利用者や家族の様々な条件やニーズに沿った送迎サービスを行うために、自宅から車両までの移動の方法等、細部に渡ってマニュアル化している。

送迎中の緊急事態を想定して安全確保に取り組んでいる

介護職員が添乗員として同乗しており、緊急対応マニュアル、緊急連絡先が記載された利用者の一覧表、血圧計、おむつ等の緊急時対応用品をリックサックにまとめており、携帯電話と共に送迎時に携行している。利用者が順次到着する朝の時間帯や、帰宅時の送迎の待ち時間をより円滑に過ごしてもらうためのプログラムを充実させている。さらに事業所内での滞留時間を含めて帰宅前の対応を充実させることを目指している。今回、送迎について家族からアンケートをとっており、その内容を精査して今後活かされることが期待される。

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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 機能訓練のプログラムに日常生活の場で行うことができる視点を入れている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

評価項目7の講評

リハビリ体制が強化され、在宅生活を継続するための支援体制の構築が期待される  
現在は看護師・機能訓練指導員が協働してリハビリや体操、作業療法を実施している。利用者と家族の介護負担軽減につながるように、トイレまでの歩行など具体的にプランを挙げて機能訓練をおこなっている。長年の課題であった個別機能訓練加算Ⅰ、Ⅱの算定について協議してきた結果、今年度10月より算定する目的が立ち人員配置もできている。地域エリアとしてはリハビリ体制に弱い地域性であるため、今後、デイサービスのリハビリが今まで以上に自宅での生活を継続できるような支援体制の構築となることを期待される。

福祉用具に関する相談に応じ、適切なアドバイスをおこなっている

ソファや車椅子、防災頭巾や個人用の座布団など使用方法について、利用者と相談しながら取り決めている。また、利用者から福祉用具に関する相談を受けた際には、看護師や機能訓練指導員の意見を交えながら、適切な用具が選定できるようにアドバイスしている。車椅子や歩行器などの福祉用具類のメンテナンスは定期的におこなわれていないが、随時の清掃の際に職員が確認して必要に応じてメーカーに連絡することもある。台帳などを用いて管理基準を明示し、安全確認の仕組みを作ることが必要とされる。

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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

評価項目8の講評

各種のレクリエーション活動の内容がマンネリ化しないように工夫することが望まれる

毎月最終週に行うカレンダー作りや園芸、書道、体操、レクリエーション他、運動力学の講師が来所され集団体操を実施している。また、認知症予防プログラムとして、外部から講師を招き、利用者4～5名で順番に学習療法をおこなっている。外部からの講師陣が揃っているため、利用者も専門性をもった活動を楽しむことができている。その他に月1回、ボランティアによる朗読の会や学生達の訪問があり、歌を歌ったり、あやとりや折り紙を一緒に楽しんでいる。通常の活動がマンネリ化の傾向があるため、職員同士で情報交換をし工夫することが望まれる。

利用者が居心地よく過ごせる環境整備に努めている

事業所は十分なスペースが確保されており、清潔感が感じられる環境を整備している。特に1日の大半を過ごす席位置については、座席表を用いて大きく座席を変えることなく、顔見知りの人と話がしやすいように工夫をしている。休憩室だけでなく、デイルーム内にリクライニングチェアやソファ、ベットを用意してあり、休憩やプログラムに参加しない時にくつろげるように環境を整えている。また、外部の事業者による清掃の他、清掃担当介護職員がエプロンの残渣物を取り払い、洗うなどの清掃を毎日実施している。

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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

評価項目9の講評

家族やケアマネジャーとの細やかな連携が図られている

利用時の様子は連絡帳の活用、電話連絡、送迎時の報告などの手段を用い、家族との連携に努めている。デイサービスから家族への報告には力を入れており、職員間で口頭で連絡し合い、送迎時にデイサービスでの様子を報告できる環境作りに取り組んでいる。利用者の様子は日誌に記述し、職員間で情報共有し、パソコンのケース記録に特記事項を中心にバイタル等を入力している。毎月、利用者や家族向けにプログラム予定表と献立表を渡したり、担当のケアマネジャーには毎月の実績報告時に利用者の様子を報告している。

施設の総合的な満足度が高く、安心して利用している

今回行った利用者アンケートの「総合的な満足度」に関する回答は83.5%の満足度が確認できている。回答者属性としては、利用者本人が35.6%、家族と相談や家族が代弁が52%になっており、家族の意向が反映された内容になっていることがうかがえる。自由意見欄には、事業所の適切な取り組みに関して賛同する声が多く聞かれており、防災訓練、防災対策がしっかりとされているので、安心して利用している様子もうかがえる。家族やケアマネジャーの見学については、いつでも受け入れることにしている。

10 評価項目10

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

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

評価項目10の講評

事業所をはじめ複合施設内において、地域住民との交流の場を設けている

区のイベントや町内会の催し物、社会福祉協議会が出している小冊子などを1階、3階のカウンターにおいて情報提供をおこなっている。また、町内会の新年会に出席したりなど、近隣とは良い関係が出来ている。その他、地域のお祭りでは施設も子ども向けにブースを出し、地域住民と交流を図り、一方では中学生、高校生、大学生等のボランティアや実習生、研修生を積極的に受け入れている。

今後、ますます地域での高齢者施設としての役割が期待される

地域住民へは「いきいきプラザ」内の各種の地域事業も案内しており、コンサートや寄席などに参加する機会が確保されている。家族には施設の行事はもとより地域交流事業のコンサートなどの案内を出し参加を呼びかけている。今年4月より、1階のロビーで毎月第1、3の金曜日に認知症カフェを開催し、地域の人に開放している。その日のデイサービスの利用希望があれば参加できるようになっている。

Ⅲ 利用者保護に関する項目

利用者保護に関する項目		標準項目実施状況	6/6
1 評価項目1 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) <span style="float:right">評点(〇〇)</span>			
評価	標準項目		
<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
評価項目1の講評			
<p>利用者と家族に苦情対応・相談先となる各種窓口を紹介している</p> <p>苦情の相談受付先については、運営規定・契約書・重要事項説明書に明記されており、契約時に利用者とその家族に対して書面を用いて説明し同意の署名・捺印をもらっている。窓口は事業所として設置している苦情解決責任者・受け付け担当者・第三者委員、加えて行政関係の各機関である。それらは事業所内に掲示されている。ただし、今回の利用者・家族調査の「困ったことを職員以外にも相談できることを分かりやすく伝えてくれたか」の質問には、53.1%の認識度に留まっていることを踏まえ、周知の方法について検証されたい。</p> <p>意見や苦情をホーム全体として総括して次年度の計画に反映させている</p> <p>利用者や家族の意向、要望、苦情などを受付けた際には、その都度管理者に報告し迅速に対応することになっている。苦情対応をはじめ、日々の申し送りやミーティングなどの機会を通じて共有し、職員個々への注意喚起を促すことにも取り組んでいる。また、個別対応した内容の総括を年間を通じて総括し事業報告書に反映するようにしている。次年度の事業の方向性を確立するうえでも、事業所一丸となって改善に取り組む流れが定着している。</p>			
2 評価項目2 利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる <span style="float:right">評点(〇〇〇〇)</span>			
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
評価項目2の講評			
<p>緊急時には家族の指示を仰ぎながら対処することを原則としている</p> <p>緊急対応マニュアルや緊急時の連絡先一覧表を整備し、さまざまな緊急時の対応を標準化することに努めている。利用者ごとに「緊急連絡先」を作成し、利用開始時に細かく確認を行うことを取り決め、主治医や複数の家族連絡先を把握して、万一の場合を想定した連絡体制を整備している。疲労が見受けられた場合には、静養ベッドや休憩コーナーのソファなど、休憩できる場所も適切に用意されている。また、AEDや吸引器を整備し緊急時に対応できるようにしている。</p> <p>緊急時の職員の対応について利用者と家族から安心感が得られている</p> <p>利用者の急変・事故などの緊急時における対応マニュアルを整備している。発見時の援助方法・協力提携病院への通報と救急車の要請手順、また判断しかねる時の連絡先、家族連絡の留意点などが網羅されており実践的な内容である。緊急時の連絡先一覧についても事務所内にも掲示され分かりやすく表示されている。今回の利用者家族調査の「病気やケガなどの緊急時の対応について知っているか」の項目に、87.8%の満足度が得られており、職員の統一した対応による安心感がうかがえる。</p>			