

利用者調査とサービス項目  
を中心とした評価手法

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和7年度】

2026年 2月 4日

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

〒 101-0065

所在地 東京都千代田区西神田2-7-6 川合ビル33号

評価機関名 一般社団法人 消費生活総合サポートセンター

認証評価機関番号

機構 20 - 250

電話番号 03-6268-9873

代表者氏名 会長 小野 由美子

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  |                 | H0402040   |
|  | ②  |                 | H1102052   |
|  | ③  |                 |            |
|  | ④  |                 |            |
|  | ⑤  |                 |            |
|  | ⑥  |                 |            |
| 福祉サービス種別   | 認知症対応型通所介護   |                 |            |
| 評価対象事業所名称  | 東青梅デイサービスセンターすずらん  | 指定番号            | 1392800064 |
| 事業所連絡先   | 〒  | 198-0042        |            |
|  | 所在地  | 東京都青梅市東青梅1-5-28 |            |
|  | TEL  | 0428-84-2325    |            |
| 事業所代表者氏名   | 管理者 今野 美沙子   |                 |            |
| 契約日  | 2025年 10月 1日   |                 |            |
| 利用者調査票配付日(実施日)   | 2025年 10月 15日  |                 |            |
| 利用者調査結果報告日   | 2025年 12月 12日  |                 |            |
| 自己評価の調査票配付日  | 2025年 10月 10日  |                 |            |
| 自己評価結果報告日  | 2025年 12月 12日  |                 |            |
| 訪問調査日  | 2025年 12月 19日  |                 |            |
| 評価合議日  | 2026年 1月 11日   |                 |            |
| コメント<br>(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) | 利用者アンケートは、事業所から調査票・返信封筒を配布していただき、回答票は直接評価機関宛で郵送で回収した。サービス場面の観察は、評価者2名がデイルームで過ごす利用者の様子を観察し、利用者の意向把握に努めた。場面観察の結果について、終了後事業者と意見交換し、状況の適格な把握に努めた。職員に向けては、第三者評価の趣旨と自己評価手法について記入要領を基に理解を深めた。 |                 |            |

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。

2026年 / 月 28日

事業者代表者氏名 理事長 川口 睦弘



|   |   |
|---|---|
| 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<br/>（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>1)安全、安心な介護に取り組み支援します。<br/>2)利用者の尊厳を大切に介護に取り組み実践します。<br/>3)心ある介護従事者の育成に取り組み実践します。<br/>4)住み慣れた地域において安心して暮らすことができるよう、「利用者本位」「開かれた施設」「地域に根ざした福祉サービス」を目指し、地域の皆様から愛される地域社会に密着したデイサービスとなるように取り組んでまいります。<br/>5)利用者様の自立支援、「有する能力に応じること」を念頭におき、心身機能の維持・向上、ご家族の介護負担軽減を実現します。</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>自ら考え、認知症介護のスペシャリストになれるよう、スキルの向上を目指す。</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>命と向き合っているという責任感<br/>安全・安心で信頼していただけるよう取り組むことができる使命感<br/>少しでも笑顔を多く、楽しいと感じて頂けるようなサービスを提供する使命感</p>  |

調査対象

全登録者対象にアンケートを実施。回答者の内訳：男性2名、女性12名。無回答1名。90歳未満10名、90歳以上4名、無回答1名。要介護3以下12名、要介護4以上2名、無回答1名。利用年数は1年未満8名、1年以上5年未満5名、5年以上1名、無回答1名。

調査方法

調査方法：アンケート方式、場面観察方式  
アンケート方式では、調査票を事業所より全利用者家族に配布していただき、回収は無記名で直接評価機関に郵送していただいた。場面観察は感染症に配慮し、少し離れた場所から観察を行った。

利用者総数

30

共通評価項目による調査対象者数

30

共通評価項目による調査の有効回答者数

15

利用者総数に対する回答者割合(%)

50.0

### 利用者調査全体のコメント

事業所への総合評価としては、「大変満足」47%、「満足」53%と「大変満足」「満足」を合わせて100%となり、大変高い満足度を示している。各設問でも「いいえ」の回答はなかった。「事業所の過ごし方は本人に合っている」「事業所の生活スペースは清潔で整理されている」「職員の言葉遣いや態度、服装などが適切」「職員は本人の気持ちを大切にしている」「計画やサービス内容についての説明がわかりやすい」の設問に回答者全員が「はい」と回答している。事業所への意見・要望としては、「優しくしていただき心が和らいでいるように思う」「感謝の気持ちしかありません」「いつも適切に対応していただき感謝している」と感謝の言葉が寄せられている。また、「お迎え時間が少し遅い時間になるといい」「おやつをできるだけ糖質の少ない物にしてほしい」との要望が寄せられていた。

### 場面観察方式の調査結果

調査の視点：「日常生活で利用者の発するサイン(呼びかけ、声なき呼びかけ、まなざし等)とそれに対する職員のかかわり」及び「そのかかわりによる利用者の気持ちの変化」

### 評価機関としての調査結果

《調査時に観察したさまざまな場面の中で、調査の視点に基づいて評価機関が選定した場面》

フロアに3卓置かれたテーブルの周りに配置した椅子に、利用者が座っている。利用者はそれぞれテレビを見たり、お茶を飲んだり、折り紙に折り紙片を張り付けてクリスマス飾り作りに取り組んでいた。入り口近くに座っている利用者は訪問者に手を挙げ、元気よく挨拶をした後、折り紙に向きなおりそわそわとしている。職員が「もっと貼りますか」と声掛けし、たくさんの折り紙片を見せる。利用者は一つ選んで貼り、また職員を見る。「どれにしますか」との声掛けにまた選んで貼り、貼るたびに、満足そうな表情となっていた。

《選定した場面から評価機関が読み取った利用者の気持ちの変化》

利用者が座る椅子の間に複数の職員が座り、一人一人の利用者を見守っていた。入り口近くの利用者は訪問者に挨拶した後、他の利用者の会話に楽しそうに耳を傾けクリスマス飾り作りは中断したままだった。職員の「もっと貼りますか」との声掛けに肯定の仕草をし、職員の持参した折り紙片の中から一つを選び、張り付けてから職員を見る。職員の声掛けは、「色は」、「どれがいいですか」と一つずつ利用者の選択を促していた。利用者は自身で選び、折り紙片を貼り付けたクリスマス飾りを見て満足そうな表情となっていた。職員のさりげない声掛けは利用者の意思、意欲、満足感を引き出しているように思われた。

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

入り口近くの利用者は利用開始数か月の利用者で通所拒否もあるため、デイサービスは楽しいところでいつ家に帰ってもよいところであると思ってもらうため、いろいろ工夫して支援をしています。飾り作り、体操、しりとりなど、利用者が楽しく体を動かし、大きな声を出せるよう一人一人の様子を見守りながら、声掛けを行っています。認知症となっても利用者一人ひとりが自分の意思で楽しく生活できるよう支援に努めています。

## 利用者調査結果

| 共通評価項目                                 | 実数 |               |     |            |
|--|----|---------------|-----|------------|
|  | はい | どちらとも<br>いえない | いいえ | 無回答<br>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             | 15 | 0             | 0   | 0          |
| コメントはなかった。                             |    |               |     |            |
| 2. 認知症や心身の状況に応じて日常生活に必要な介助を受けているか      | 14 | 0             | 0   | 1          |
| コメントはなかった。                             |    |               |     |            |
| 3. 利用中に興味・関心が持てる行事や活動があるか              | 14 | 1             | 0   | 0          |
| コメントはなかった。                             |    |               |     |            |
| 4. 事業所に通うことで利用者の心身の状況が安定しているか          | 14 | 1             | 0   | 0          |
| コメントはなかった。                             |    |               |     |            |
| 5. 職員から認知症への対応をはじめ適切な情報提供・アドバイスを受けているか | 12 | 2             | 0   | 1          |
| コメントはなかった。                             |    |               |     |            |
| 6. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか               | 15 | 0             | 0   | 0          |
| コメントはなかった。                             |    |               |     |            |

|                                    |    |   |   |   |
|------------------------------------|----|---|---|---|
| 7. 職員の接遇・態度は適切か                    | 15 | 0 | 0 | 0 |
| コメントはなかった。                         |    |   |   |   |
| 8. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか          | 12 | 1 | 0 | 2 |
| 「非該当」と答えた方から「該当項目なし」とのコメントがあった。    |    |   |   |   |
| 9. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか         | 11 | 2 | 0 | 2 |
| 「非該当」と答えた方から「該当項目なし」とのコメントがあった。    |    |   |   |   |
| 10. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか          | 15 | 0 | 0 | 0 |
| コメントはなかった。                         |    |   |   |   |
| 11. 利用者のプライバシーは守られているか             | 11 | 2 | 0 | 2 |
| コメントはなかった。                         |    |   |   |   |
| 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 | 14 | 0 | 0 | 1 |
| コメントはなかった。                         |    |   |   |   |
| 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     | 15 | 0 | 0 | 0 |
| コメントはなかった。                         |    |   |   |   |

|  |    |   |   |   |
|--|----|---|---|---|
| 14. 利用者の不満や要望は対応されているか                   | 13 | 0 | 0 | 2 |
| コメントはなかった。                               |    |   |   |   |
| 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 | 11 | 2 | 0 | 2 |
| コメントはなかった。                               |    |   |   |   |

I サービス提供のプロセス項目（サブカテゴリー1～3、5～6）

| No.   | 共通評価項目  |                           |
|---|---|---------------------------|
| サブカテゴリー1  |   |                           |
| 1   | サービス情報の提供                                     | サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 4/4     |
| 評価項目1<br>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 |
| サブカテゴリー1の講評   |   |                           |
| <p>法人ホームページで事業者情報を利用希望者等にわかりやすく情報提供している</p> <p>法人のホームページでは運営する各事業所をわかりやすく情報提供をしている。事業所の「施設案内」では「基本情報」として認知症対応型デイサービスの案内、所在地、「料金」、「ご利用までの流れ・契約書類(見本)・運営規程」が掲載されている。「新着情報」では各事業所の最新情報を見られ、事業所のページでは最新の外出イベント、事業所の空き情報が掲載されている。利用希望者にとって関心のある情報が一覧できるようになっている。また開かれた福祉法人として法人決算報告、各種規定から第三者評価結果なども情報公開している。</p> <p>ホームページやパンフレットは利用希望者の特性を考慮しわかりやすいものとしている</p> <p>ホームページの字は大きく、短文で図や写真を使い、わかりやすく読みやすいよう工夫されている。地域密着のデイサービスと共有のパンフレットは基本理念から料金表まで掲載されているが、ホームページより大きな字を使い、フォントの大きさを工夫し、一日の流れ、送迎、健康チェック、入浴、給食サービス等事業所の状況がわかりやすくまとめられている。さらに事業所では手に取りやすいようにA4サイズにパンフレットを改善した。短文で写真を用い、簡潔に法人の基本理念、認知症対応型の事業所の特徴、一日の流れ等がわかりやすく記載されている。</p> <p>見学は利用希望者の希望に合わせて日時を調整し、来所困難な場合は送迎も行っている</p> <p>問い合わせ、見学は営業時間内、月～土曜日(祝日も営業)であれば随時受け付けている。当日申し込みにも可能な限り対応している。要望があれば送迎も行っている。見学対応は管理者または相談員が対応し、まず施設全体を案内しパンフレットで1日の流れやサービス内容、利用料金などを説明している。レクリエーションの時間帯には家族とともに参加できるようにしている。希望者には1階のデイサービスの見学も行っている。利用希望者に行くのが楽しみ、心身の健康を維持できる開かれた事業所と思ってもらえるよう努めている。</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                                   |                   |      |
| 評価項目1<br>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 |
| 評価項目2<br>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 |
| サブカテゴリー2の講評  |  |                   |      |
| <p>利用者の状況に応じて事業所のサービス内容や利用料金等をわかりやすく説明している</p> <p>契約書、重要事項説明書で概略の説明の後、特に重要な事項は読み合わせを行い、利用者の状況に応じて事業所のサービス内容や利用料金等をわかりやすく説明している。同事業所のパンフレットの料金表のページにはメモ欄が用意されている。大きな字のパンフレットの料金表を使い、利用者ごとのおおよその金額を説明している。介護保険の負担金以外に昼食・小安・飲み物代として1回900円がかかること、当日キャンセルの場合はこれらの費用900円がキャンセル料として発生することも説明し、利用者・家族の同意を得ている。</p> <p>事前訪問にはケアマネ、関係事業者が利用者宅に集まり、利用方法等を検討している</p> <p>利用希望者・家族から利用の意思表示があった後、利用者の担当ケアマネジャー、看護職員、福祉サービス事業者等、関係事業者の日程を調整し、利用者宅を訪問し、利用者にあった認知症対応型デイサービスの利用について検討している。利用サービス、利用日、送迎、利用者の状況等を詳細に家族、利用者から聞き取り、意向を確認している。検討内容はサービス担当者会議としてケアマネが記録し、事業所ではアセスメントシートに利用者の状況、生活歴等を記載し、初回認知症対応型通所介護計画書を作成し、利用開始時の支援に備えている。</p> <p>職員間で情報共有し、利用者が「行くのが楽しい」と思える支援に努めている</p> <p>事業所は四季の行事、手作業、職員との関わりの中で脳の活性化、気持ちの安定を図れるよう利用者支援に努めている。担当者会議の記録を職員間で共有し、特に必要な情報は申し送りノートに記載している。利用開始直後の利用者の不安軽減のため、顔見知りの管理者、職員がこまめに声掛けを行っている。利用者の様子は申し送りノートに記録し、利用者が「行くのが楽しい」と思える支援を職員間で検討し支援している。利用終了後の1年間は記録をすぐに見られるように保管し、要望があれば利用者の写真などの記録を家族に提供している。</p> |  |                   |      |

サブカテゴリ-3

3 個別状況に応じた計画策定・記録

サブカテゴリ毎の  
標準項目実施状況

11/11

評価項目1

定められた手順に従って認知機能の状況を含めた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(〇〇〇)

| 評価      | 標準項目  |      |
|---------|---|------|
| ●あり ○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 | ○非該当 |
| ●あり ○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          | ○非該当 |
| ●あり ○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                  | ○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(〇〇〇〇)

| 評価      | 標準項目                                  |      |
|---------|---------------------------------------|------|
| ●あり ○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         | ○非該当 |
| ●あり ○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           | ○非該当 |
| ●あり ○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している | ○非該当 |
| ●あり ○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            | ○非該当 |

評価項目3

利用者に関する記録を適切に作成する体制を確立している

評点(〇〇)

| 評価      | 標準項目  |      |
|---------|---|------|
| ●あり ○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                         | ○非該当 |
| ●あり ○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 | ○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. 利用者に変化があった場合の情報について、職員間で申し送り・引継ぎ等を行っている | ○非該当 |

サブカテゴリ-3の講評

利用者一人一人のニーズを把握し認知症対応型通所介護計画書を作成し見直しをしている

利用者・家族の要望や状況、担当ケアマネジャーのケアプランを把握し、認知症対応型通所介護計画書を作成している。ケアプランの目標、利用者の希望を尊重し、利用者が事業所で安心して過ごせるように利用者の状況に応じて作成している。利用者の様子は毎月介護報告書にまとめ、サービス実績と一緒にケアマネジャーに報告している。計画の定期的見直しはケアプランの変更時期に合わせて行っている。計画を緊急に見直す必要がある場合は、管理者から家族、ケアマネジャーに連絡し、緊急的な見直しの検討を依頼し、見直しを図っている。

通所介護記録支援ソフトを利用し、利用者情報を入力し、家族に情報提供している

事業所では通所介護記録支援ソフトを利用し、利用者のバイタル、サービス実施記録、利用者の様子、個別機能訓練、栄養、口腔機能向上実施記録等を入力している。入力はスマホ、タブレットで非常勤を含め職員全員が順に行っている。また、タブレットで利用者の写真を撮影、利用者の写真を組み入れた当日の利用者状況、家族への連絡事項を作成している。利用者の帰宅前に、この記録はA4用紙に印刷され、連絡ノート(お薬袋を付けたA4ファイル)にファイルされる。必要に応じて家族からの返事が記載され、わかりやすい情報共有ツールとなっている。

申し送りノート、ミーティング等で職員間の利用者状況の情報共有に努めている

職員間で情報共有が必要な利用者状況は申し送りノートに記載し、読んだ職員が署名をするようにしている。看護職員は通所介護記録支援ソフトで個別機能訓練、栄養スクーリング等、医師の意見の利用者状況を入力し、職員間で情報共有が必要なことは印刷し申し送りノートに張り付け、情報共有を図っている。骨折をした利用者の座り方に対する医師の意見もノートに張り付け、職員に注意喚起した。また、口頭でも引継ぎを行い、利用者情報の共有に努めている。2か月に1回、事業所だけのミーティングを行い、カンファレンスを実施している。

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

サブカテゴリ毎の  
標準項目実施状況

5/5

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(000)

| 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(00)

| 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5の講評

個人情報保護に対する基本方針を定め、契約時に情報提供同意書で同意を得ている

個人情報については契約時に基本方針、職員の守秘義務、利用目的を説明し、情報提供同意書で同意を得ている。特に写真撮影、動画撮影等については行事等の実施記録、家族への活動報告、法人広報誌等を目的とした撮影、行政が行う普及啓発活動に対する撮影についても説明し、利用者の拒否、家族の承諾が得られない場合は撮影しないことにしている。ホームページの写真、動画は個人が特定できないようにして掲載している。また、個人情報保護、プライバシーの保護マニュアルを作成し、職員には毎年研修を行い、再確認をしている。

利用者の羞恥心、プライバシー等に細心の注意と気配りをして支援している

請求書など個人を特定できる文書は封筒に入れ、利用者・家族に渡すようにしている。排泄に関する声掛けも利用者の羞恥心に配慮し、トイレ介助が必要な場合も、安定して座位がとれる方は座っていただいた後は外で待つようにしている。入浴の際は脱衣場をカーテンで仕切り、浴室では1名ずつ入浴支援を行っている。また、オムツ交換が必要な場合は浴室で行うようにしている。利用者情報について職員間で情報共有を口頭で行う際は、利用者に関係ないよう配慮し、利用者のプライバシー、羞恥心等に細心の注意や気配りを行い、支援している。

利用者が楽しみながら、自ら「やってみよう」と選べる環境作りに努めている

事業所は認知症ケア研修修了者が在籍し、認知症の利用者が安心して楽しく過ごせるように一人一人の利用者に寄り添った支援に努めている。今年度から管理者が変わったが、利用者・家族が安心して通所できる事業所の支援方針は変わらず、さらに基本理念に利用者の自己決定と選択を尊重し、個人の尊厳に配慮した介護を挙げている。利用者調査の際にも手作業の材料一つ一つを選ぶよう職員が利用者へ声掛けを行っていた。作業、体操の中にも利用者から笑い声が出るような工夫が見られた。今後、さらなる成果が期待される。

| サブカテゴリー6  |  | サブカテゴリー毎の<br>標準項目実施状況 | 6/6 |
|---|--|-----------------------|-----|
| 6 事業所業務の標準化   |  |                       |     |
| <b>評価項目1</b><br>認知症の専門的なケアへの支援に向けて手引書等を整備し、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(0000)              |     |
| 評価  | 標準項目   |                       |     |
| ●あり ○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    | ○非該当                  |     |
| ●あり ○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       | ○非該当                  |     |
| ●あり ○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             | ○非該当                  |     |
| ●あり ○なし   | 4. 認知症の専門的なケアに役立つ技能・技術等に関する研修会への参加、職員の資格取得等を支援している         | ○非該当                  |     |
| <b>評価項目2</b><br>認知症ケアの質の向上をめざして、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(00)                |     |
| 評価  | 標準項目   |                       |     |
| ●あり ○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                | ○非該当                  |     |
| ●あり ○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 | ○非該当                  |     |
| サブカテゴリー6の講評   |  |                       |     |
| <b>手順書、マニュアルを用意して、事業所業務の標準化に努めている</b><br>マニュアルはデイサービス業務、入浴介助、送迎、緊急時・事故発生時対応、衛生、感染症、認知症対応等が整備され、業務手順や対応方法を簡潔に記載されている。各種マニュアルは、1冊のファイルにまとめられ、職員が取りやすい場所に置き、随時確認できるようにしている。手順書は年に1度見直しを行っている。利用者状況の変化や日頃の支援でわからないことや不安なことがあった際は定期的にディスカッションを行い、職員、家族の意見や提案を取り入れ、見直しを行っている。                                       |  |                       |     |
| <b>内部・外部の研修への参加を勧め、事業所全体のサービスの質の向上に努めている</b><br>法人の人材育成基本方針に沿い、職員の研修を実施し、職員一人一人の能力開発への取り組みを通じ、事業所全体としての質の向上に努めている。今年度の定期的研修は倫理・法令、接遇、認知症及び認知症ケア、BCP(災害・感染症)計画、身体拘束、高齢者虐待、事故・非常災害時対応等を計画し、実施している。管理者、相談員をはじめ各職員も適時必要な外部研修の受講ができるよう環境作りに取り組み、研修受講を勧めている。また、今年度から2か月か月に11回事業所だけのミーティングを行い、カンファレンス、勉強会を実施している。    |  |                       |     |
| <b>認知症利用者の尊厳を尊重し、在宅生活を楽しく継続できるよう支援に努めている</b><br>事業所は、認知症介護実践者研修を受講した職員を配置し、利用者が孤独感、疎外感を感じない楽しく安心できる日常生活の提供に努めている。認知症の問題行動とされるBPSD(行動・心理状況)は環境を整えたり、関わり方を工夫するなどにより改善できるとされている。事業所は市の推進する日本版BPSDケアプログラムに参加し、利用者の尊厳を尊重し、在宅生活を継続できるよう支援に努めている。さらに、利用者・家族がもっと笑顔で暮らせるよう、運動・脳活性プログラム・レクリエーションなどを検討している。今後の取り組みに期待する。 |  |                       |     |

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 | 20/20 |
|---|--|-------------------|-------|
| <p>サービスの実施項目</p>  |  |                   |       |
| <p>1 評価項目1<br/>認知症対応型通所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)</p>  |  |                   |       |
| 評価  | 標準項目   |                   |       |
| ●あり ○なし   | 1. 認知症対応型通所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. 利用者が望む生活像に基づき、日常生活において利用者の意思が尊重されるよう支援を行っている              |                   | ○非該当  |
| ●あり ○なし   | 3. 利用者の支援は、さまざまな機関や職種が連携をとって、支援を行っている                        |                   | ○非該当  |
| 評価項目1の講評  |  |                   |       |
| <p>利用者や家庭の状況や意向に合った計画を策定し在宅生活継続に向けて支援を行っている</p> <p>事業所では担当ケアマネジャーの居宅介護計画に基づき認知症対応型通所介護計画を策定している。利用者・家族の要望を把握し、自宅や事業所での様子から利用者の生活状況やADLを確認して計画に落とし込み、在宅生活継続に向けて計画に基づく支援を行っている。計画書は個別ファイルやパソコンで確認できる体制にして職員に周知している。実施した支援内容はパソコン上に記録して実施状況の確認を行い、連絡ノートにも記載し利用の都度家族へ知らせている。性格や特性を把握し、認知症の周辺症状を押さえて穏やかに生活が送れるように配慮している。</p> <p>穏やかに過ごせるように環境を整え、利用者の意向を尊重しながら支援を行っている</p> <p>排泄や入浴などの介助の際やレクリエーションを勧める際には、利用者の意思確認を徹底し利用者の意向尊重に努めている。家庭では対応が難しい入浴支援なども、支援を拒否する利用者には少し事業所内を歩いてから浴室に誘うなど、利用者の気分を変え無理せず支援を行うようにしている。またレクリエーションの際は利用者の趣味や性格を把握しながら、自己決定を行えるように声掛けをしている。慣れない集団生活において穏やかに過ごせるように、静かな環境にしながら個別対応を行い、できるだけ利用者のペースで過ごせるように配慮している。</p> <p>事業所では多職種協働で利用者支援を行い、関係機関とも連携を取っている</p> <p>事業所内では看護職員、介護職員と共に歯科衛生士、管理栄養士などの専門職が関わり、アドバイス等を得ながら支援を行っている。担当ケアマネジャーには毎月の実績報告と共に報告書を提出し、事業所で利用者の様子や体調面などを伝えている。また担当ケアマネジャーには体調変化時に連絡を取り、送迎の際に把握した家族の介護疲れ、家庭状況の変化等も適宜伝えて早めの支援内容変更につなげ、在宅生活の維持に努めている。年2回運営推進会議を開催し、自治会役員や市の担当職員、地域包括支援センター職員と意見交換をして運営に活かしている。</p> |  |                   |       |
| <p>2 評価項目2<br/>利用者の生活上で必要な支援について認知症や心身の状況に応じて対応している</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</p>  |  |                   |       |
| 評価  | 標準項目   |                   |       |
| ●あり ○なし   | 1.【食事の提供を行っている事業所のみ】<br>食事時間が楽しくなるよう、利用者の認知症や心身の状況に応じて工夫している |                   | ○非該当  |
| ●あり ○なし   | 2.【入浴介助体制のある事業所のみ】<br>入浴方法について、利用者の認知症や心身の状況に応じて検討し、介助を行っている |                   | ○非該当  |
| ●あり ○なし   | 3. 排泄介助が必要な利用者に対して、利用者の認知症や心身の状況に応じて、誘導や排泄介助を行っている           |                   | ○非該当  |
| ●あり ○なし   | 4. 安全に配慮した送迎方法について、利用者の認知症や心身の状況、家族の状況に応じて検討し、対応している         |                   | ○非該当  |
| 評価項目2の講評  |  |                   |       |
| <p>栄養バランスの取れたおいしい食事を、安全に取れるように支援を行っている</p> <p>調理担当者と連携を取り、利用者の嚥下状態に合わせた食事形態で食事を提供している。利用者の食物アレルギーや嫌いな食材、減塩、利用者に応じての食事量変更などにも対応している。必要に応じて食事介助を行い、利用者が静かな環境で、落ち着いて安全に食事が摂れるようにしている。管理栄養士監修の栄養バランスの取れた食事を事業所内で調理し、季節の行事食や郷土料理などのお楽しみ屋食も提供して利用者に喜ばれている。献立表は前月末に配付し、献立内容と共に総カロリー・塩分量・タンパク質量等も記載して家族への情報提供を行っている。</p> <p>利用者の認知症状の特性を把握し、安心して支援を受けられるように努めている</p> <p>事業所では一般浴槽と椅子型ストレッチャー浴槽を備え、利用者の心身の状態や要望に合わせ、個別に入浴支援を行っている。入浴を拒否する利用者には、様子を見ながら少し歩くことを勧めて浴室に誘うなど、利用者の特性を把握して支援を行っている。また排泄介助の際には利用者により、トイレで不安にならないように、羞恥心に配慮しながら声かけや見守りを行っている。支援の際は無理に勧めることなく、利用者の気分転換を図りながら意向を確認し、安心して支援を受けられるように配慮している。職員間で支援方法を検討し協力して支援に当たっている。</p>  |  |                   |       |

**利用者の状況に合わせて送迎を行い、職員間で情報を共有し、安全な送迎に努めている**

送迎時の支援内容や自宅の場所、道路状況等を考慮ながら送迎を行っている。6台の送迎車を使用し、家を出るまでに時間がかかったり何度も迎えに行く必要がある場合には個別に迎えに行くなど、利用者にあった送迎を行っている。事業所へ行くことを拒否した利用者にも繰り返し自宅へ出向くことで、サービスにつなげている。個別の支援内容等は「送迎運行記録表」に記載し、「送迎者用申し送りノート」に利用者の基本情報や利用者の要望を記入し、職員間で情報の共有を図っている。運行会議を開き、安全運転講習会に参加して、安全な送迎に努めている。

3 評価項目3

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)

| 評価      | 標準項目   |      |
|---------|--|------|
| ●あり ○なし | 1. 利用者の心身の状況に応じた健康管理を行っている                         | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 日常生活の中で、一人ひとりの有する能力の活用や日常生活動作の維持・拡大に向けた支援を行っている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などのしくみを整えている               | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 4. 利用者の体調変化時(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3の講評

利用の都度のバイタルチェック等により健康管理を行い、家庭とも連携を図っている

来所時や適宜のバイタルチェック、毎月の体重測定を行い、食事量の確認をして、看護職員を中心に利用者の健康管理をしている。確認した数値はパソコンで記録し、連絡ノートに入れて家族へ伝えている。また来所時の手洗いうがい、食事後の口腔清掃を行い、健康維持に努めている。利用者や家族の要望により、管理栄養士による栄養状態の確認、歯科衛生士による口腔内状態の確認を行い、低栄養状態や誤嚥性肺炎等の予防をしている。栄養アセスメントや口腔内向上の計画は3カ月毎に家族とケアマネジャーに連絡し、家庭での対応についても伝えている。

体操や脳トレ、口腔体操を日課に入れ、利用者の心身の機能維持を図っている

利用者の心身機能の維持向上に向け、体操や脳トレ、口腔体操を日課に入れて参加を呼びかけており、職員が適宜声をかけながら楽しく行っている。また日常の生活動作も訓練と捉え、利用者の状態を把握してできることはやっていただくように声をかけ、過剰介護にならないように気をつけて支援を行っている。また家庭で行える体操も伝えている。利用者・家族の要望により、在宅での様子を踏まえてアセスメントを行い、個別機能訓練計画を策定している。計画に基づき個別に歩行訓練などを行い、3カ月毎に家族とケアマネジャーに報告をしている。

服薬支援や緊急時対応は個別ファイルに情報を集約して行っている

連絡ノートに薬用の袋を付け、家庭と事業所との薬の受け渡しを確実にしている。また処方箋の写しを個別ファイルに入れ、薬の情報を確認している。服薬は看護職員・介護職員による2重チェックを行い、服薬前に名前を確認するなど、誤薬を防ぎながら実施している。事業所の個別ファイルに緊急連絡先や主治医の連絡先を記載し、緊急時に迅速に対応できる体制にしている。体調変化時には家族に連絡をして迎えをお願いし、緊急を要する場合は、主治医に連絡を入れ、状況により救急車の要請をしている。またケアマネジャーへも情報を伝えている。

4 評価項目4

利用者の主体性を尊重し、快適に過ごせるような取り組みを行っている

評点(〇〇〇〇)

| 評価      | 標準項目   |      |
|---------|--|------|
| ●あり ○なし | 1. 利用者が他の利用者と快適な関係をもちながら生活することができるよう支援を行っている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 利用者の状況に応じて、認知機能に対応した多様な活動を取り入れる工夫をしている    | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 利用者が自分のペースを保ち、落ち着いて生活できるような支援を行っている       | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 4. 事業所内は、利用者の安全性や快適性に配慮したものとなっている            | ○非該当 |

評価項目4の講評

職員が適宜利用者に声かけを行い、利用者が穏やかに楽しく過ごせるようにしている

利用者同士の相性を把握し、席の配置を考えて居心地良く過ごせるようにしている。またレクリエーションや会話の際は適宜職員が間に入り、楽しく進められるようにしている。事業所では認知症の利用者が落ち着いて過ごすには、孤独感や疎外感を感じさせないための支援が必要だと考えている。少人数の環境の中で、顔見知りの他の利用者や職員と共に過ごし、不安を感じた様子の時は職員が声かけを行って、穏やかに過ごせるようにしている。場面観察の際も利用者はそれぞれ会話を楽しみ、塗り絵など好きなことをしながら、落ち着いて過ごしていた。

様子を見ながらさまざまな活動を提案し、利用者が意欲的に過ごせるようにしている

事業所では事前にその日のプログラムを決めず、運動やレクリエーション、製作などを用意し、その日の利用者の様子を見ながら活動を行っている。数字並べやパズル、塗り絵などを用意して好きなことを楽しみ、キーホルダーなどの製作を行い完成した作品は持ち帰り家族に見せられるようにして、満足感や達成感を得られるようにしている。また毎月2回書道の講師が来所して指導に当たっており、見事な作品を事業所内に展示している。併設事業所と合同で運動会やクリスマス会などの行事を行い、春や秋には季節を感じられるように外出活動を行っている。

事業所内は整理整頓され、利用者が安全かつ快適に過ごせる環境にしている

事業所内は見通しの良いワンフロアで、利用者の様子を把握しやすい造りになっている。今年度生産性向上委員会を立ち上げ、事業所内の整理整頓を行う5S活動を進めている。書類を整理し、事業所内を整頓して、利用者の安全性や快適性を向上させている。また利用者が自分のペースで落ち着いて過ごせるように、支援や活動を勧める際には本人の意思を確認し、声の大きさ等にも配慮している。静養が必要な利用者には様子を見ながらベッドで休むように勧めている。事業所には3台ベッドがあり、カーテンで仕切り落ち着いて休めるようになっている。

5 評価項目5

事業所と家族との交流・連携を図っている

評点(〇〇)

| 評価      | 標準項目   |      |
|---------|--|------|
| ●あり ○なし | 1. 利用者のサービス提供時の様子や家庭での普段の様子を家族と情報交換し、共有している  | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 家族の状況に配慮し、認知症への対応をはじめ適切な相談対応やアドバイスをを行っている | ○非該当 |

評価項目5の講評

利用者の様子は連絡ノートに当日の写真も載せて分かりやすく家族へ伝えている

利用者の事業所での様子は、全員連絡ノートを使用して家族へ丁寧に伝えている。連絡ノートには利用者への支援や活動の内容、バイタル値、食事摂取量などを時系列で記載し、当日活動中の表情を伝える写真や事業所からの連絡も載せて、家族に分かりやすい情報提供となっている。家族の要望・連絡を記載する欄もあり、得られた情報は職員間で共有し支援をしている。連絡ノートの表紙の裏に葉を入れるファイルを貼り、利便性を高めている。また送迎時にはなるべく家族と会話をして、要望や家族状況の変化等を把握するように努め、必要な対応をしている。

認知症専門の事業所として家族からの相談に応え、事業所からも提案をしている

家族からの相談は電話やメールで受け付けている。相談の際は、看護職員や介護職員が健康や心身機能の問題、認知症周辺症状への対応方法などに応えるほか、管理栄養士、歯科衛生士からもアドバイスが行えるため、様々な問題について専門的な回答を得ることができる。サービス担当者会議の際は家族に事業所での様子を伝えると共に、直接相談を受けている。また利用者や家族の様子から、歩行器・車イス・介護ベッドの導入やショートステイの利用などの提案を行うこともある。家族の見学希望に対応しており、事業所での介助方法を見ることも可能である。

家族と連携を取り利用者の意欲向上につながるよう支援を行っている

事業所の活動について情報発信に努め、夏まつり、敬老会、クリスマス会などのお知らせは連絡ノートにはさんで家族にも伝えている。曜日の関係で開催日に参加できない利用者があるため、利用者の希望により通所日の変更を行い、歌好きな利用者がクリスマス会に参加するなど柔軟な体制を取っている。またレクリエーションで制作した作品は持ち帰っており、家族にも見せることで利用者の満足感や意欲の向上につながっている。急な家族との連絡は電話で行い、体調変化を伝えるなど家族と連携して利用者の安全や健康に配慮しながら支援を行っている。

6 評価項目6

利用者が地域で暮らし続けるため、地域と連携して支援を行っている

評点(〇〇〇)

| 評価      | 標準項目   |      |
|---------|--|------|
| ●あり ○なし | 1. 地域のさまざまな機関や職種と協働し、地域の情報を収集して利用者の状況に応じた提供をしている         | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 運営推進会議等を活用して、利用者が地域のさまざまな資源を利用するための支援を行っている           | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所が利用者と共に地域の一員として日常的に交流している | ○非該当 |

評価項目6の講評

外出活動や地域の実習生、中学生と接する機会等を、利用者に合わせて提供している

市からの依頼を受け、認知症への理解を進めるために利用者の作品を市の美術展に出展している。また地域の情報を集め、春は地域の公園へドライブに行き、秋は市役所のテラスでティータイムを楽しむなどの外出活動を行い、外出する機会の少ない利用者には喜ばれている。中学生の職場体験や看護学校の実習生を受け入れて福祉人材の育成に努めると共に、利用者若い世代との交流の機会を提供している。また敬老会では大正琴のボランティアが来所し、毎月習字の講師が来所して利用者の指導に当たっており、利用者を楽しませ生活を豊かなものにしていく。

運営推進会議を年2回開催し、利用者支援や事業所への理解促進につなげている

年に2回運営推進会議を開催し、自治会役員や民生委員、地域包括センター、市の担当部署、事業所と併設事業所の利用者・利用者家族・管理者等が参集している。運営推進会議では事業所の活動報告や意見交換を行い、事故報告やその対応についても伝えている。また自治会からの情報提供や事業所への要望などについて検討し、利用者支援につなげると共にできるだけ対応している。運営推進会議を通して事業所の状況を積極的に地域や関係機関に伝え、事業所の運営について理解を得るよう努めている。

自治会の行事に職員が参加し、利用者へ情報提供をし行事へ興味をわくようにしている

事業所では、可能な限り地域に密着し、気軽に相談できる施設をめざす、として地域との良好な関係構築に努めている。青梅市花火大会の際は施設を一般開放し、毎年地域住民が訪れ2階からの花火鑑賞を楽しんでいる。また事業所では自治会に入会し、盆踊りや運動会の際には、要請を受けて職員が活動を担っている。花火大会や盆踊りには利用者も参加して、他の地域住民や職員と交流を持つ機会となっている。事業所施設を利用した学習支援や体操なども検討されているが、実現には至っていない。

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  | 9/9 |
| 1 評価項目1<br>利用者の意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている   |  |           |     |
|   |  | 評点(〇〇)    |     |
| 評価  | 標準項目   |           |     |
| ●あり ○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                                       | ○非該当      |     |
| ●あり ○なし   | 2. 利用者の意向(意見・要望・苦情)に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある  | ○非該当      |     |
| 2 評価項目2<br>虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている  |  |           |     |
|   |  | 評点(〇〇)    |     |
| 評価  | 標準項目   |           |     |
| ●あり ○なし   | 1. 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                  | ○非該当      |     |
| ●あり ○なし   | 2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として関係機関と連携しながら対応する体制を整えている                  | ○非該当      |     |
| 3 評価項目3<br>事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる  |  |           |     |
|   |  | 評点(〇〇〇〇〇) |     |
| 評価  | 標準項目   |           |     |
| ●あり ○なし   | 1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている | ○非該当      |     |
| ●あり ○なし   | 2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている   | ○非該当      |     |
| ●あり ○なし   | 3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している  | ○非該当      |     |
| ●あり ○なし   | 4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる                         | ○非該当      |     |
| ●あり ○なし   | 5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる                                 | ○非該当      |     |
| 利用者保護の講評(※利用者保護の内容から3つ(必須)記載してください)   |  |           |     |
| <p>苦情対応処理マニュアルを整備し苦情対応について契約時に利用者・家族に説明している</p> <p>苦情対応については、契約書に①利用者や従業者から事情徴収等により事実関係の把握、②問題点把握、対応策の検討、必要な改善、③調査結果や講じた措置を利用者の納得が得られるよう説明と手順を明確に記載し、苦情申し立てにより不利な扱いを受けることはない」と明記している。苦情対応の窓口は契約書別紙、重要事項説明書に記載し、紹介している。事業所では苦情・要望等は職員に周知し、話し合い、早期解決に努めている。苦情対応窓口への申し出にまで発展したことはない。</p> <p>虐待防止について事業所が講ずる措置を重要事項説明書にて説明し虐待防止に努めている</p> <p>重要事項説明書に事業所の運営方針として「利用者の意思及び人格を尊重し、社会的孤立感の解消及び精神的負担の軽減を図る」と記載され、虐待防止のため事業所が講ずる措置として委員会を設置し、従業者に対する研修、苦情処理体制の整備、その他必要な措置を挙げている。今年度は高齢者虐待防止に関する研修を2回実施し、接遇の研修も別途実施している。事業所では利用者の尊厳を守りたいという統一した思いがあり、入浴時の身体観察等で虐待の可能性がある場合には、迅速に管理者を通じて担当ケアマネジャーへ連絡をし、連携して対応している。</p> <p>安全、安心のサービス提供のためリスクマネジメント、BCPの周知に取り組んでいる</p> <p>事業所ではリスクマネジメントのマニュアルを作成し、場面に応じたリスクへの対応を研修や勉強会で職員に周知している。リスクの内容に応じてマニュアルを定期的に見直し、更新している。また災害、感染症についてBCP(業務継続計画)を策定し、業務の継続的实施や早期再開できるよう体制を整備している。事業所は職員にBCPを周知し、災害時のBCPでは年2回の防災訓練、年1回の勉強・研修会、年2回のBCPの見直しを行っている。感染症のBCPでは年2回の研修、年1回の訓練を実施し、年1回見直しを行い、必要に応じて改定している。</p> |  |           |     |

| 事業者が特に力を入れている取り組み① |  |                        |
|--------------------|--|------------------------|
| 評価項目               | 6-4-3  | 利用者の健康を維持するための支援を行っている |
| タイトル①              | 多職種で連携し、利用者の健康管理や機能の維持を図っている   |                        |
| 内容①                | 看護職員、介護職員、機能訓練指導員、管理栄養士、歯科衛生士など多職種で連携し、専門性を活かして利用者の健康管理を行い機能維持に努めている。毎日のバイタルチェックや食事量、毎月の体重測定により健康状態を確認し、日課に体操や口腔体操、脳トレを入れ、生活リハビリとして介助を過剰に行わないように気をつけて機能の維持を図っている。また健康や身体機能、栄養、口腔衛生等について専門的なアドバイスも行っている。緊急時の迅速な対応を行うため、緊急連絡先や主治医を把握し、個別ノートの最初のページに記載している。 |                        |

| 事業者が特に力を入れている取り組み② |  |                     |
|--------------------|--|---------------------|
| 評価項目               | 6-4-5  | 事業所と家族との交流・連携を図っている |
| タイトル②              | 事業所の情報を伝える連絡ノートを更新し、写真を掲載して分かりやすくしている  |                     |
| 内容②                | 連絡ノートを更新し、利用者の事業所でのバイタル値や活動内容、食事量等を時系列で記載してわかりやすく伝えている。また帰宅後は事業所の様子について話をしない利用者が多いため、活動中の写真を利用の都度連絡帳に掲載し、利用者の表情も伝わるようにしている。連絡ノートには薬用の袋を付けて薬の持参忘れを防止している。家族からの連絡事項を記載する欄も設け、家族と連携して支援を行っている。また家族からの連絡はメールでも受け付けている。 |                     |

| 事業者が特に力を入れている取り組み③ |  |                                    |
|--------------------|--|------------------------------------|
| 評価項目               | 6-5-2  | 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 |
| タイトル③              | 利用者の意思を尊重し、自ら「やってみよう」、自ら「選べる」環境作りに努めている  |                                    |
| 内容③                | 事業所は認知症利用者・家族が安心して楽しく過ごせるように一人一人の利用者に寄り添った支援に努めている。認知症の問題行動とされるBPSD(行動・心理状況)は環境を整えたり、関わり方を工夫するなどにより改善できるとされている。事業所は日本版BPSDケアプログラムを活用し、利用者・家族がもっと笑顔で在宅生活を継続できるよう、利用者の意思・尊厳を尊重しながら、利用者が自ら「やってみよう」、自ら「選べる」環境作りに努めている。職員は作業、体操等の様々な場面で利用者自ら「選ぶ」を促す声掛けを行っていた。 |                                    |

| No. | 特に良いと思う点     |  |
|-----|--------------|--|
| 1   | タイトル         | 利用者の意向把握や気持ちの理解に努め、環境を整え支援を行いながら事業所が安全な居場所であることを感じてもらえるようにしている   |
|     | 内容           | 認知症の方の孤独感や疎外感に配慮して様子を見ながら適宜声をかけ、意向把握に努めて個別対応を行っている。来所を拒否する場合は繰り返し訪問して顔を覚えてもらい、入浴を拒否する場合は利用者が歩き出すついでに入浴に誘い、声掛けをしながら口腔ケアを行うなど、利用者の気持ちを考慮して支援を行っており、事業所が安全な居場所であることを理解してもらえるように努めている。職員全員が介護福祉士で介護力が高く、また事業所内ミーティングで利用者の特性や対応方法を検討してサービス向上を図り、利用者が落ち着いて過ごせるようにしている。 |
| 2   | タイトル         | 事業所の活動や地域行事に参加することで、利用者の生活を楽しいものにし、在宅生活を継続できるようにしている   |
|     | 内容           | 事業所では利用者の興味を把握し、集団での体操や脳トレ、レクリエーション、講師をお願いしての習字等を行っている。また併設事業所と季節行事を行い、年2回の外出活動では花見やティータイムを楽しむ機会を持っている。利用者の作品を美術展に出展したことを伝えて利用者が家族と共に見に行き、事業所が花火大会や盆踊りに協力していることを伝えて利用者が参加するきっかけを作るなど、認知症であっても地域の一員として生活ができるようにしている。利用者の生活を広げ楽しく過ごすことで、落ち着いた生活を維持し在宅生活の継続を図っている。  |
| 3   | タイトル         | 利用者が安全、安心と思えるようリスクマネジメント体制を整えBCPを策定している  |
|     | 内容           | 事業所ではリスクマネジメントのマニュアルを作成し、場面に応じたリスクへの対応を研修や勉強会で職員に周知している。利用者状況に応じて、リスクの内容も変化するため、マニュアルを定期的に見直し更新している。また、災害、感染症についてBCP(業務継続計画)を策定し、業務の継続的実施や早期再開できるよう体制を整備し、職員にBCPを周知している。災害時のBCPでは年2回の防災訓練、年1回の勉強・研修会、感染症のBCPでは年2回の研修、年1回の訓練を実施している。BCPは定期的に見直しを行い、必要に応じて改定している。  |
| No. | さらなる改善が望まれる点 |  |
| 1   | タイトル         | サービスの質の向上を目指して日本版BPSDケアプログラムの活用を検討しており、その効果が期待される  |
|     | 内容           | 事業所では認知症対応型事業所として、個々の利用者の特性や気持ちを把握し、個別に対応を行って、認知症の問題行動とされる周辺症状(BPSD)の緩和に努め、事業所で穏やかに過ごせるように支援を行っている。またサービスの質向上を目指して内部研修を行い、対応方法を個別に検討している。今後は日本版BPSDケアプログラムの活用を図り、また運動、脳活性プログラム、レクリエーションなどの立案を行うことを検討しており、その効果が期待される。   |
| 2   | タイトル         | 職員個々のレベルアップを図れるよう、研修等について検討することを期待したい  |
|     | 内容           | 場面観察では利用者の楽しそうな様子がうかがえ、利用者調査の結果でも利用者や家族の満足度は高い。職員の適切な支援により、利用者はその日の状態に応じて事業所で穏やかに過ごしている。ただ職員調査では、事業所業務の標準化や利用者保護の面について、十分に理解していると職員は考えていない。職員の異動等の影響もあると考えられるが、業務等について周知し、職員個々のレベルアップを図れるように検討されることが期待される。   |
| 3   | タイトル         |  |
|     | 内容           |  |



認知症対応型通所介護

東青梅デイサービスセンターすずらん 殿

# 利用者調査結果

令和7年度

東京都福祉サービス第三者評価  
評価機関 一般社団法人 消費生活総合サポートセンター

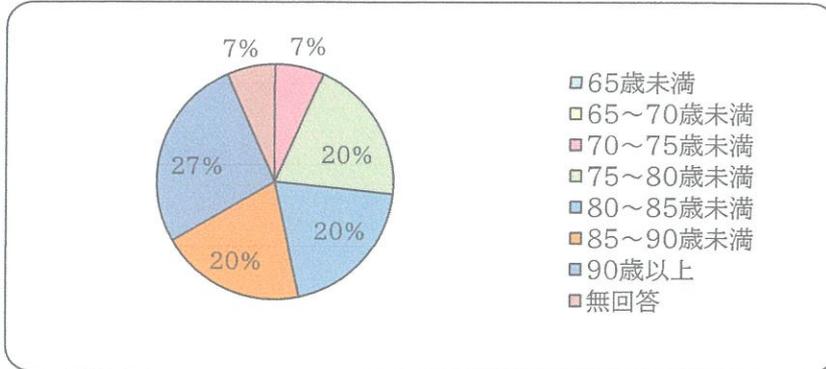
# 認知症対応型通所介護利用者調査結果

## 東青梅デイサービスセンターすずらん 殿

### I. 利用者の特性

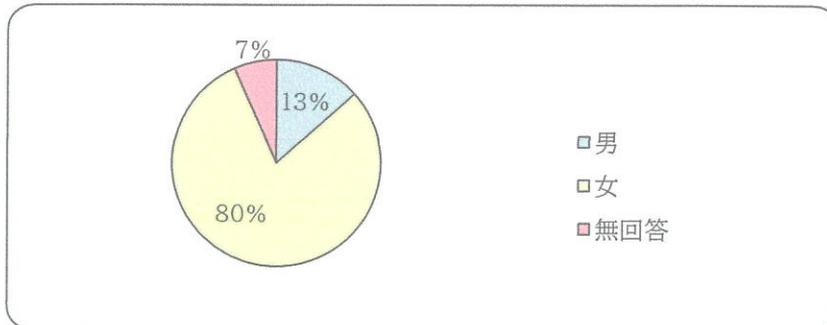
調査人数 15人

F1：ご利用者本人の年齢



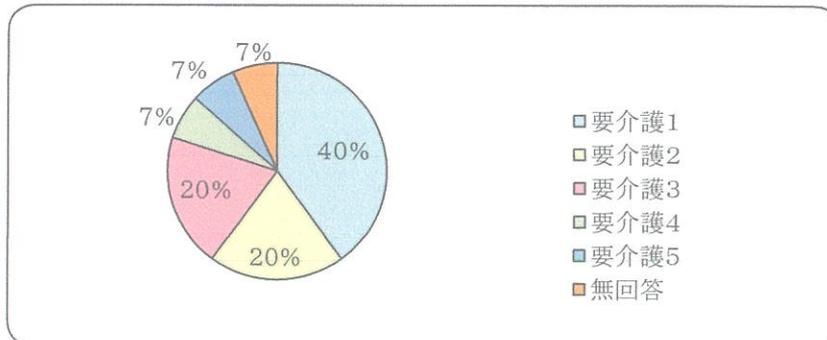
| 回答内容     | 人数 | %   |
|----------|----|-----|
| 65歳未満    | 0  | 0   |
| 65~70歳未満 | 0  | 0   |
| 70~75歳未満 | 1  | 7   |
| 75~80歳未満 | 3  | 20  |
| 80~85歳未満 | 3  | 20  |
| 85~90歳未満 | 3  | 20  |
| 90歳以上    | 4  | 27  |
| 無回答      | 1  | 7   |
| 合計       | 15 | 100 |

F2：ご利用者本人の性別



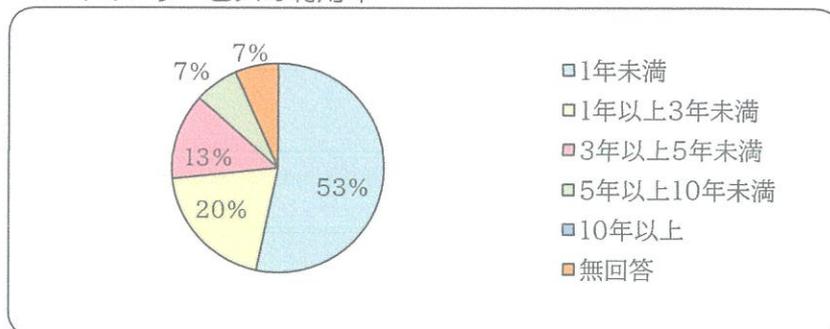
| 回答内容 | 人数 | %   |
|------|----|-----|
| 男    | 2  | 13  |
| 女    | 12 | 80  |
| 無回答  | 1  | 7   |
| 合計   | 15 | 100 |

F3：要介護度



| 回答内容 | 人数 | %   |
|------|----|-----|
| 要介護1 | 6  | 40  |
| 要介護2 | 3  | 20  |
| 要介護3 | 3  | 20  |
| 要介護4 | 1  | 7   |
| 要介護5 | 1  | 7   |
| 無回答  | 1  | 7   |
| 回答人員 | 15 | 100 |

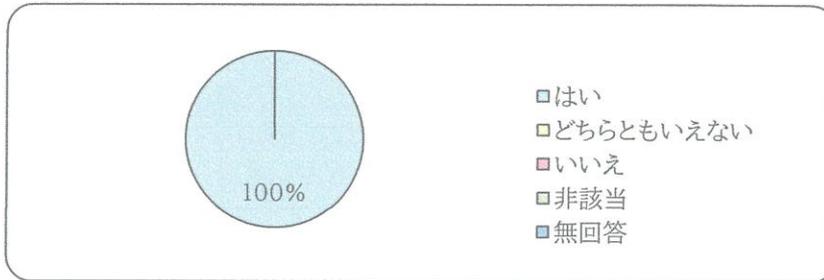
F4：サービスの利用年



| 回答内容      | 人数 | %   |
|-----------|----|-----|
| 1年未満      | 8  | 53  |
| 1年以上3年未満  | 3  | 20  |
| 3年以上5年未満  | 2  | 13  |
| 5年以上10年未満 | 1  | 7   |
| 10年以上     | 0  | 0   |
| 無回答       | 1  | 7   |
| 回答人員      | 15 | 100 |

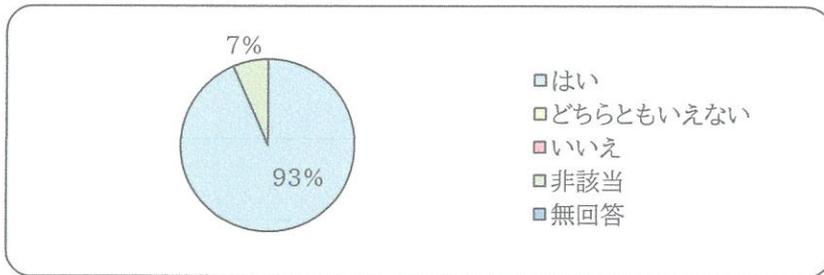
## II. 利用者調査集計結果

1 事業所の過ごし方は、ご本人にとって合っていると思いますか（急がされたり待たされることは少ないですか）



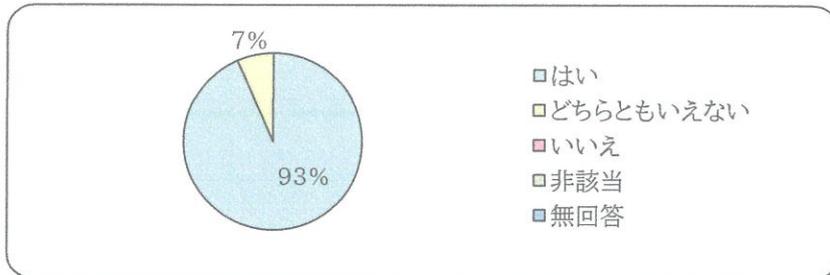
| 回答内容      | 人数 | %   |
|-----------|----|-----|
| はい        | 15 | 100 |
| どちらともいえない | 0  | 0   |
| いいえ       | 0  | 0   |
| 非該当       | 0  | 0   |
| 無回答       | 0  | 0   |
| 回答人員      | 15 | 100 |

2 身の回りのことでご本人が、認知症や心身の状況に応じた必要な介助を受けられていると思いますか（食事・入浴・排泄など）



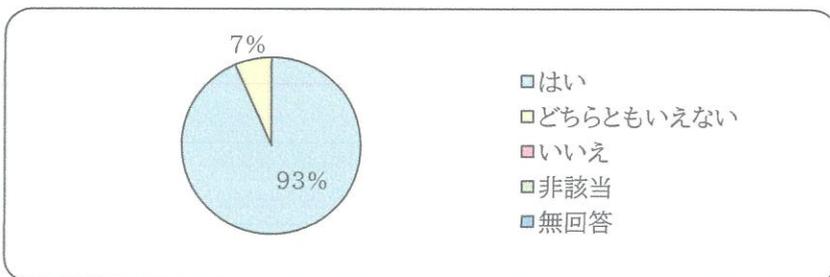
| 回答内容      | 人数 | %   |
|-----------|----|-----|
| はい        | 14 | 93  |
| どちらともいえない | 0  | 0   |
| いいえ       | 0  | 0   |
| 非該当       | 1  | 7   |
| 無回答       | 0  | 0   |
| 回答人員      | 15 | 100 |

3 事業所の行事や活動は、ご本人が興味・関心を持って行われていると思いますか



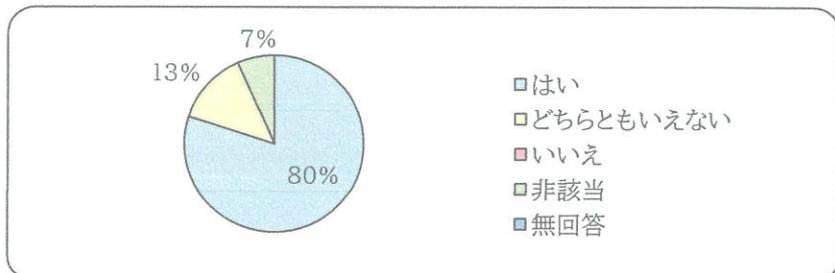
| 回答内容      | 人数 | %   |
|-----------|----|-----|
| はい        | 14 | 93  |
| どちらともいえない | 1  | 7   |
| いいえ       | 0  | 0   |
| 非該当       | 0  | 0   |
| 無回答       | 0  | 0   |
| 回答人員      | 15 | 100 |

4 事業所に通うことで、ご本人の心身の状況が安定していると思いますか



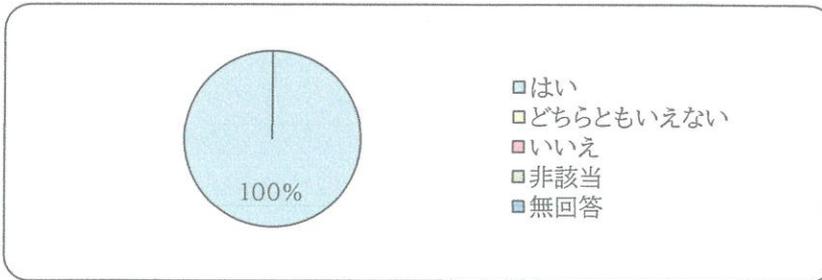
| 回答内容      | 人数 | %   |
|-----------|----|-----|
| はい        | 14 | 93  |
| どちらともいえない | 1  | 7   |
| いいえ       | 0  | 0   |
| 非該当       | 0  | 0   |
| 無回答       | 0  | 0   |
| 回答人員      | 15 | 100 |

5 あなたは、認知症への対応をはじめ適切な情報提供やアドバイスを職員がしてくれていると思いますか



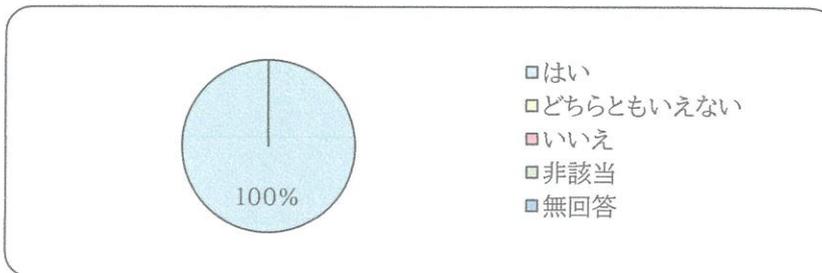
| 回答内容      | 人数 | %   |
|-----------|----|-----|
| はい        | 12 | 80  |
| どちらともいえない | 2  | 13  |
| いいえ       | 0  | 0   |
| 非該当       | 1  | 7   |
| 無回答       | 0  | 0   |
| 回答人員      | 15 | 100 |

6 事業所の生活スペースは清潔で整理された空間になっていると思いますか



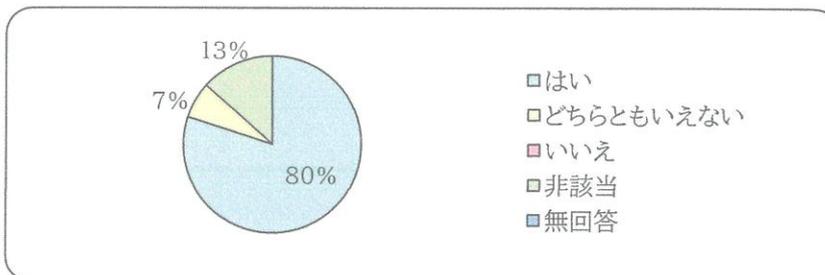
| 回答内容      | 人数 | %   |
|-----------|----|-----|
| はい        | 15 | 100 |
| どちらともいえない | 0  | 0   |
| いいえ       | 0  | 0   |
| 非該当       | 0  | 0   |
| 無回答       | 0  | 0   |
| 回答人員      | 15 | 100 |

7 あなたは、職員の言葉遣いや態度、服装などが適切だと思いますか



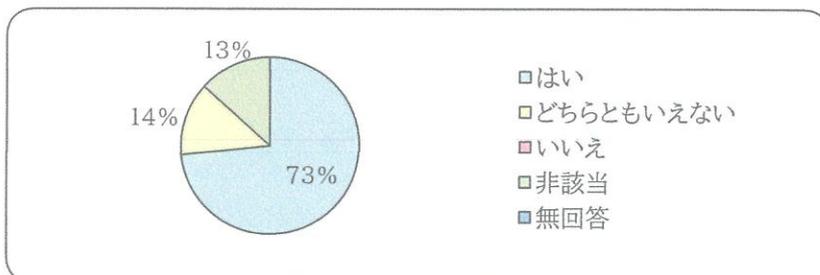
| 回答内容      | 人数 | %   |
|-----------|----|-----|
| はい        | 15 | 100 |
| どちらともいえない | 0  | 0   |
| いいえ       | 0  | 0   |
| 非該当       | 0  | 0   |
| 無回答       | 0  | 0   |
| 回答人員      | 15 | 100 |

8 ご本人がけがをしたり、体調が悪くなったときの職員の対応は信頼できますか



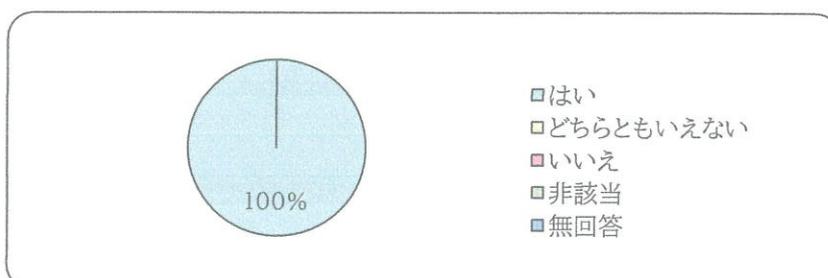
| 回答内容      | 人数 | %   |
|-----------|----|-----|
| はい        | 12 | 80  |
| どちらともいえない | 1  | 7   |
| いいえ       | 0  | 0   |
| 非該当       | 2  | 13  |
| 無回答       | 0  | 0   |
| 回答人員      | 15 | 100 |

9 あなたは、利用者同士のいさかいやいじめ等があった場合の職員の対応は信頼できますか



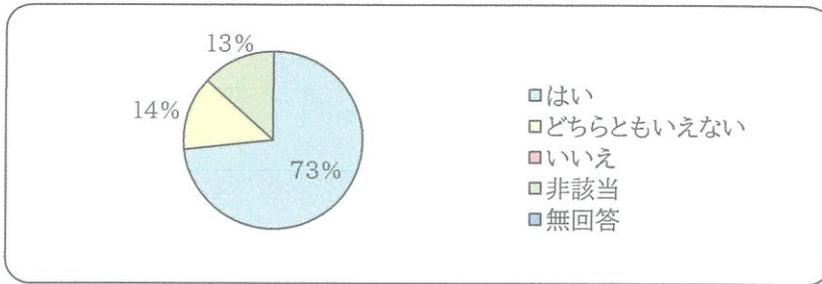
| 回答内容      | 人数 | %   |
|-----------|----|-----|
| はい        | 11 | 73  |
| どちらともいえない | 2  | 13  |
| いいえ       | 0  | 0   |
| 非該当       | 2  | 13  |
| 無回答       | 0  | 0   |
| 回答人員      | 15 | 100 |

10 あなたは、職員がご本人の気持ちを大切にしながら対応してくれていると思いますか



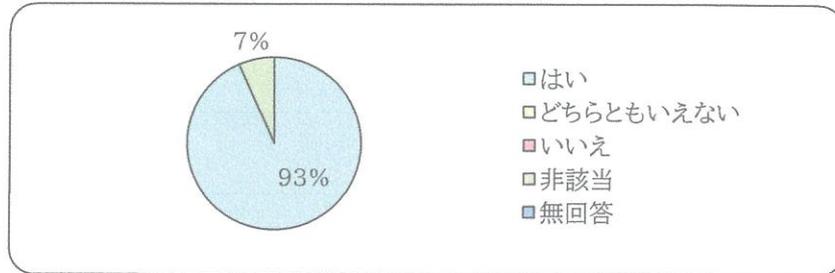
| 回答内容      | 人数 | %   |
|-----------|----|-----|
| はい        | 15 | 100 |
| どちらともいえない | 0  | 0   |
| いいえ       | 0  | 0   |
| 非該当       | 0  | 0   |
| 無回答       | 0  | 0   |
| 回答人員      | 15 | 100 |

11 ご本人のプライバシー（他の人に見られたくない、聞かれたくない、知られたくないと思うこと）を職員は守ってくれていると思いますか



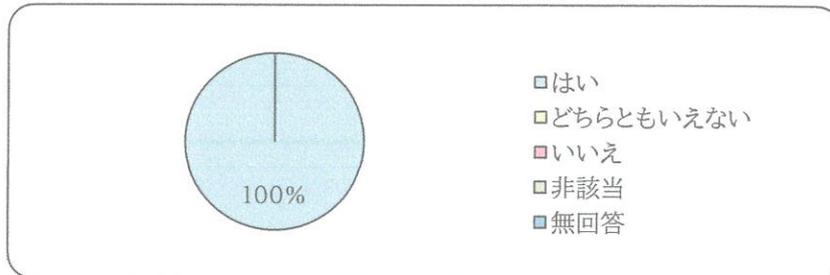
| 回答内容      | 人数 | %   |
|-----------|----|-----|
| はい        | 11 | 73  |
| どちらともいえない | 2  | 13  |
| いいえ       | 0  | 0   |
| 非該当       | 2  | 13  |
| 無回答       | 0  | 0   |
| 回答人員      | 15 | 100 |

12 ご本人のサービスに関する計画（目標）を作成したり見直しをする際に、事業所はご本人や家族の状況や要望を聞いてくれますか



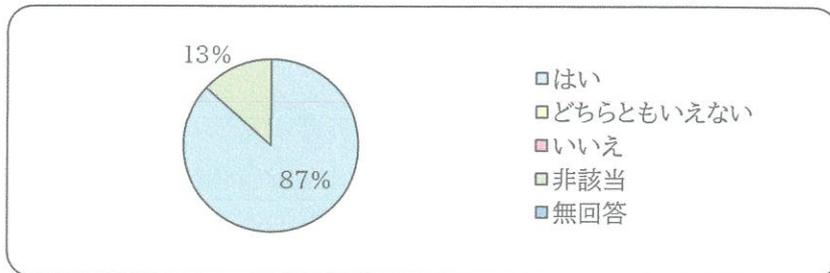
| 回答内容      | 人数 | %   |
|-----------|----|-----|
| はい        | 14 | 93  |
| どちらともいえない | 0  | 0   |
| いいえ       | 0  | 0   |
| 非該当       | 1  | 7   |
| 無回答       | 0  | 0   |
| 回答人員      | 15 | 100 |

13 ご本人の計画やサービス内容についての説明は、わかりやすいと思いますか



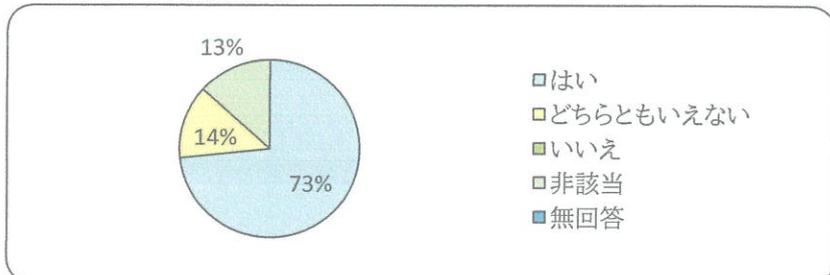
| 回答内容      | 人数 | %   |
|-----------|----|-----|
| はい        | 15 | 100 |
| どちらともいえない | 0  | 0   |
| いいえ       | 0  | 0   |
| 非該当       | 0  | 0   |
| 無回答       | 0  | 0   |
| 回答人員      | 15 | 100 |

14 あなたが不満に思ったことや要望を伝えたとき、職員は、きちんと対応してくれていると思いますか



| 回答内容      | 人数 | %   |
|-----------|----|-----|
| はい        | 13 | 87  |
| どちらともいえない | 0  | 0   |
| いいえ       | 0  | 0   |
| 非該当       | 2  | 13  |
| 無回答       | 0  | 0   |
| 回答人員      | 15 | 100 |

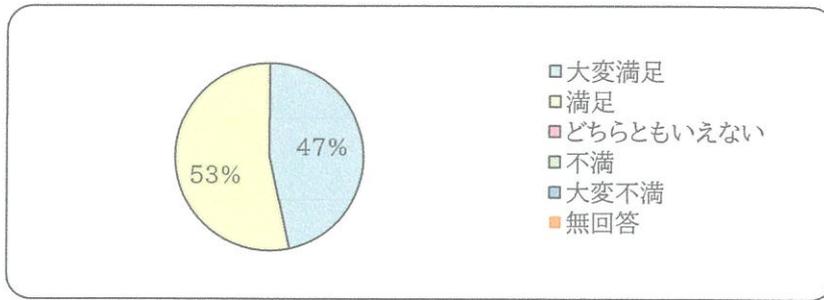
15 あなたが困ったときに、職員以外の人（役所や第三者委員など）にも相談できることをわかりやすく伝えてくれましたか



| 回答内容      | 人数 | %   |
|-----------|----|-----|
| はい        | 11 | 73  |
| どちらともいえない | 2  | 13  |
| いいえ       | 0  | 0   |
| 非該当       | 2  | 13  |
| 無回答       | 0  | 0   |
| 回答人員      | 15 | 100 |

### 総合的な感想について

現在利用している認知症対応型通所介護を総合的にみて、どの程度満足していますか。



| 回答内容      | 人数 | %   |
|-----------|----|-----|
| 大変満足      | 7  | 47  |
| 満足        | 8  | 53  |
| どちらともいえない | 0  | 0   |
| 不満        | 0  | 0   |
| 大変不満      | 0  | 0   |
| 無回答       | 0  | 0   |
| 回答人員      | 15 | 100 |