

評価結果概要版



令和3年度

通所介護【デイサービス】

利用者調査とサービス項目を中心とした評価手法

法人名称	特定非営利活動法人桜実会
事業所名称	デイサービス南大谷
事業所所在地	東京都町田市南大谷264番都営南大谷アパート4号棟1階
事業所電話番号	042-723-3752

事業者の理念・方針

理念・方針	
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）	<p>< 理念・方針 ></p> <ol style="list-style-type: none">1)住み慣れた地域で1日でも長く生活が継続できるよう支援していく2)地域住民、ボランティア、小・中学校等地域福祉と交流を持ち、地域福祉の向上、地域住民の支援していく3)利用者を尊重し、自己実現を実現できるデイサービス4)おいしく、栄養バランスの良い食事を提供5)職員の質の向上 <p>< サービス提供の考え方 ></p> <p>まずは利用者にとって居心地がいい場所になること。そのために毎日反省会を実施し、利用者の日々の小さな変化、喜び、悲しみ等職員で話し合い共有している。デイサービス内で解決できないことは家族、ケアマネージャー、主治医に相談していく。日常生活で自立されている方が多いので、自立支援として自身でできることはやっていただき、1日でも長く現在の生活が続けられるように支援していく。</p>

全体の評価講評

<p>特に良いと思う点</p> <ul style="list-style-type: none">・6か月ごとに職員・看護師がアセスメント・モニタリングを実施し、評価を行い、徹底した状態把握で通所介護計画書は見直されています <p>生活相談員が自宅を訪問し利用者・家族から、現在の状況や生活歴・家族構成・家庭環境について詳細な聴き取りを行っています。これらをフェイスシートに記載し、アセスメントをとり利用者・家族の希望を組み入れた通所介護計画書を作成しています。通所介護計画書の見直しは短期目標の6か月と定めて、職員・看護師全員が関わりモニタリングを行い、状態の把握に努めています。生活相談員が目標達成状況や通所介護計画の評価を行い、状態にあった通所介護計画書に見直されています。見直しの時期を見落とさないために、期間の一覧表を作成しています。</p> <ul style="list-style-type: none">・満足度の高い食事は、季節の食材や行事食を取り入れ、3名で検食を行い気づきや意見交換をして、おいしい食事づくりに励んでいます <p>毎月の献立は法人の管理栄養士が作成し、季節の食材や行事食（正月・敬老食・クリスマス食）も取り入れ調理員の味付けで健康にも配慮した食事を提供しています。毎日職員・厨房職員2名が検食して、気づいたことを検食簿に記録し、毎月開催の厨房会議で検食の気づきや意見交換を行い、次回の献立や作る時に活かしています。アレルギー、偏食、好き嫌いにも個別対応を行い、楽しい食事になるように配慮しています。現在は黙食をお願いし、味覚を味わうことを優先しながら、利用者の希望も取り入れた音楽を流し雰囲気や和らげています。</p> <ul style="list-style-type: none">・利用者の情報共有には、毎日の反省会・申し送りノート・厨房会議・全体会議で、多方面からの情報を収集して支援につなげています
--

毎夕の反省会は日々の利用者の状況を話し合い、特記事項・変更など議事録を作成しています。議事録には利用者ごとに気を付けてほしい情報も記載し、共有化するために職員が確認したかどうかサインで徹底を図っています。毎月実施している厨房会議は、献立に関する反省や意見交換を行い、2か月に1回の全体会議には約8割の職員が参加し、業務内容や支援サービスの協議や検討を行っています。看護師間でも看護師ノートを活用し、医療や服薬に関することは服薬管理表に記載し、情報を共有し支援に取り組んでいます。

さらなる改善が望まれる点

・日常の職員の実践を反映させたマニュアルの見直し、利用者の今後の状況の変化などに対応できる職員の育成が求められます

マニュアル類は、職員がいつでも利用できる場所に置いてありますが、あまり活用されていないことが推測されます。また、定期的な点検・見直しも不十分な状態です。毎日行われている反省会では、利用者への対応の仕方について事例を発表し合って職員で共有しています。このような現場で検討した内容や成果をマニュアルに反映させ、より実務的なマニュアルづくりを行っていくことが求められます。また、外部研修を積極的に受講する職員も少ないのが現状です。今後認知症利用者の増加や高要介護度を考慮し、変化に対応できる職員の育成が求められます。

・一人ひとりの状態をふまえて機能訓練プログラムを作成し、生活の改善・維持とともにさらなる向上を目指すことが望まれます

毎月の予定表に毎日の活動（脳トレ・体操・手工芸・ゲーム）を記載し、ストレッチ体操・嚥下体操・クイズ・脳トレを取り入れ実施しています。グループでできる風船バレーやポッチャも行っていきます。しかし、一人ひとりの状況に応じた機能訓練は、依頼があった利用者への対応にとどまっています。コロナ禍で外出や行事が減り密集を避けるために、椅子に座っている時間が長くなっています。これらを少しでも解消するためにも、看護師が機能訓練指導員として、プログラムを作成した機能訓練の充実を図り、生活の改善や向上に取り組むことが望まれます。

・入浴設備がないことをカバーできるデイサービスとしての強みを明確に打ち出し、情報発信していくことが求められます

多彩な趣味活動の実施、満足感の高い食事など、利用者寄り添ったサービスを提供しています。しかし、デイサービスに対して利用者・家族のニーズが高い入浴設備がないので、さらに利用者数を増やしていくには、これをカバーするような強みを打ち出ししていくことが求められます。利用者・家族が求めているものは何かについて幅広くヒアリングし、事業所としてやっていくべきこと、やれることを徹底的に検討し、これを実現するための体制づくりを行うとともに、知ってもらうための情報発信を強化していくことが必要です。

事業者が特に力を入れている取り組み

・利用者へのヒアリングの徹底、職員間の情報の共有化を通して不安の軽減を図っています

サービスの開始にあたっては、生活相談員が利用者の自宅を訪問し、どのような環境で生活されているのかを把握するとともに、2～3時間かけて出身地や生い立ち、趣味などについて詳しくヒアリングしています。このような情報をもとに、利用者一人ひとりに合わせた、サービス提供を行っています。事業所における利用者の座席は、要介護が近い人、話が合いそうな人の隣にするなどの考慮で、不安やストレスが軽減されるよう努めています。毎日の反省会でも職員が意見を出し合い情報を共有し、環境変化に対応できる支援に取り組んでいます。

・2冊の個人ファイルに通所介護計画書を綴り、常に支援が確認できるようになっています

通所介護計画書に沿った支援を図るために、2冊の個人ファイル（現場使用・保存用）を作成しています。現場時使用ファイルには緊急時連絡先、サービス提供記録、通所介護計画書、支援経過記録を綴っています。通所介護計画書のファイリングにより、サービス内容に沿って支援が提供できているかの確認につながっていますが、さらなる職員の把握の徹底が必要と感じています。利用時には支援経過記録に家族やケアマネジャーからの情報や当日の状況を書き、利用者自身が選択できる午後の活動は、サービス提供記録に記載し今後の活動の参考にしています。

利用者調査結果

有効回答者数/利用者総数

33/52

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	81.0%	15.0%	0.0%	3.0%
			いいえ : 0.0%	無回答・非該当 : 3.0%
2. 日常生活に必要な介助を受けているか	81.0%	9.0%	6.0%	3.0%
			無回答・非該当 : 3.0%	
3. 利用中に興味・関心を持てる行事や活動があるか	81.0%	12.0%	3.0%	3.0%
			いいえ : 3.0%	無回答・非該当 : 3.0%
4. 個別の計画に基づいた事業所での活動・機能訓練（体操や運動など）は、在宅生活の継続に役立つか	72.0%	24.0%	3.0%	0.0%
			いいえ : 3.0%	無回答・非該当 : 0.0%
5. 職員から適切な情報提供・アドバイスを受けているか	84.0%	12.0%	3.0%	0.0%
			いいえ : 3.0%	無回答・非該当 : 0.0%
6. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	87.0%	12.0%	0.0%	0.0%
			いいえ : 0.0%	無回答・非該当 : 0.0%
7. 職員の接遇・態度は適切か	93.0%	6.0%	0.0%	0.0%
			いいえ : 0.0%	無回答・非該当 : 0.0%
8. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	87.0%	9.0%	3.0%	0.0%
			いいえ : 3.0%	無回答・非該当 : 0.0%
9. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	66.0%	21.0%	12.0%	0.0%
			いいえ : 0.0%	
10. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	87.0%	12.0%	0.0%	0.0%
			いいえ : 0.0%	無回答・非該当 : 0.0%
11. 利用者のプライバシーは守られているか	84.0%	15.0%	0.0%	0.0%
			いいえ : 0.0%	無回答・非該当 : 0.0%
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	72.0%	15.0%	9.0%	3.0%
			いいえ : 3.0%	
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	78.0%	15.0%	6.0%	0.0%
			いいえ : 0.0%	
14. 利用者の不満や要望は対応されているか	72.0%	24.0%	0.0%	3.0%
			いいえ : 0.0%	無回答・非該当 : 3.0%
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	48.0%	30.0%	6.0%	15.0%

評価結果概要版



令和3年度

通所介護【デイサービス】

利用者調査とサービス項目を中心とした評価手法

法人名称	特定非営利活動法人桜実会
事業所名称	桜実会デイサービス玉川学園
事業所所在地	東京都町田市玉川学園3丁目35番1号玉川学園高齢者在宅サービスセンター
事業所電話番号	042-710-3370

事業者の理念・方針

理念・方針	
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）	<p>< 理念・方針 ></p> <ol style="list-style-type: none">1)自己実現の場としてのデイサービス2)活動意欲が持て、活動的になれるデイサービス3)利用者だけでなく、職員も人と人との支え合いを感じることができるデイサービス4)対人援助としての介護を行えるデイサービス5)地域住民の活動から生まれたNPO法人、地域に愛され貢献できるデイサービス <p>< サービスに提供に関する考え方 ></p> <p>デイサービスを自己決定、自己実現の場ととらえ、利用者一人一人が自身の「過ごし方」について決定できるよう支援を行う。NPO法人である柔軟さを活かし、家族支援、在宅生活の継続ができるよう、支援を行う。地域で存在感を示せるよう、積極的なニーズの収集、情報の発信を行う。</p>

全体の評価講評

<p>特に良いと思う点</p> <ul style="list-style-type: none">・医療ニーズの高い利用者には、相談員と看護師が協働して、介護と医療の二つの視点でより多くの利用者情報を収集しています <p>通常は生活相談員が初回アセスメントを行っていますが、医療ニーズの高い利用者に対しては看護師と一緒に自宅を訪問して、介護と医療の二つの視点から聞き取りを行っています。自宅での利用者の様子を細かく観察し家庭での状況とともに、家族からも情報を収集しています。アセスメントシートとフエイスシートは、利用者の今までの生活状況や1日の過ごし方、本人・家族の意向、好きなこと・好きではないこと、ADLなど多様な情報を収集できるように工夫しています。収集した情報は職員との関わり方への参考、サービス提供に役立てています。</p> <ul style="list-style-type: none">・可能な限り口から食べ続けることができる食事とともに、要望の多いメニューを取り入れ、楽しい食事を提供しています <p>利用者の楽しみになるよう行事食の機会を設け、年に1回の嗜好調査から食事への要望を集め、食べにくいものの改善や要望の多いメニューの提供に取り組んでいます。利用者の活動の低下を防ぐために栄養アセスメント、栄養相談や、塩分・糖分制限、アレルギー対応も行い、摂取可能な食事形態で工夫し安全性に配慮しています。できる限り口からおいしく食べ活力を得られるように、厨房で手作りの食事を提供しています。食事の時間は利用者の希望に応じて好きな音楽をかけ、献立や盛り付けに工夫し、利用者の好みや摂食機能に応じて細かく対応しています。</p> <ul style="list-style-type: none">・機能訓練指導員を中心に、幅広い訓練メニューを活用し、心身状況に合わせて身体を動かし、日々の機能訓練に取

り組んでいます

事業所は機能訓練指導員を1日2名配置し、手指の訓練から屋外歩行、計算問題など幅広い訓練メニューを利用者の心身状況に合わせて実施しています。機能訓練指導員は、日々の生活の中で機能訓練を活かすため、機能訓練を受けていない利用者であっても、歩行や立ち上がり動作、座位姿勢など、適宜職員へ助言しています。また、毎週金曜日に介護予防体操、毎週月曜日と隔週の金曜日に実施する健康体操、毎朝実施する頭やわらか体操など多くの体操の機会を設け、午後の活動の中でも身体を動かす機会をつくるなど、機能訓練に力を入れて取り組んでいます。

さらなる改善が望まれる点

・利用者の状況の記録は全職員が関わっているため、一人ひとりの通所介護計画書が確認でき、共有できる仕組みの検討が望まれます

日々の利用者の記録は、職員が「サービス提供記録」に記入しています。「サービス提供記録」の記入は、特定の職員のみが記録することではなく、職員全員が利用者の担当としています。一方で、利用者の特記事項を記録するため、特記のない利用者の様子はあまり記録されていません。また、利用者の支援方法では、歩行介助でトイレ誘導や車いす移動による誘導など、その日の状況に応じて対応しているものの、職員の判断で実施している状況です。利用者個々の通所介護計画書に基づいた支援方法を確認し、日々の支援につなげる仕組みの検討が望まれます。

・職員が日常的にマニュアルを活用できるように、現状に適した点検・見直しを行い、業務の標準化を図ることが期待されます

マニュアルはスタッフルームに設置し、自由に見られる状態にも関わらず、日常的に活用はされていない現状がうかがわれます。事業計画にも「マニュアルを見直し現状に適したマニュアルの作成」を考えています。職員からも「マニュアルへの確立や手順書の整備」の記述があります。これらをふまえて、業務マニュアルや各サービス提供の手順書を点検し、見直しの機会となることが期待されます。また、職員のモチベーションアップと介護技術向上の研修、職種経験別研修においても、実施できる工夫を行い業務の標準化を図ることが期待されます。

・虐待に対しては職員の認識を高めるための研修や自己点検シートの活用で、早期発見・対応に活かされることが期待されます

高齢者虐待の対応や虐待対応マニュアルを作成し、基本的な流れに沿って対応しています。法人は新たに「虐待防止対応規定」の案を作成し組織で取り組んでいます。職員の周知徹底を図るための研修は実施されておらず、理解を深めるために新たな防止対応規定を基に、早急な研修や職員自己点検シートの取り組みが望まれます。家族による虐待と思われる事案については、地域包括支援センターに報告し連携を図っています。また、転倒事故が多く職員間で話し合いを行っていますが、事故の要因の分析やヒヤリハットを重視した対応の取り組みが期待されます。

事業者が特に力を入れている取り組み

・利用者自身で浴槽を選び、安全性やゆったりした気分を味わえる入浴で癒されています

事業所の人気の入浴は、木(さわら)の湯、機械浴、タイル浴(長さの異なる2種類)を設置し、事前にケアマネジャーが浴槽の希望を聞いており、当日の気分で浴槽を選ぶことができます。1日25人前後の入浴は4人グループ体制で、一連の介助は一人の同性職員が対応し、利用者のペースに応じて支援しています。入浴者は入浴前後にバイタルサイン測定を行い、看護師と職員が安全性を確認し入浴を実施しています。入浴者ごとにお湯を入れ替え、風習・由来のゆず湯やしょうぶ湯にしたりBGMをかけ、ゆったりした気分や効能で心身ともに癒されています。

・利用者が自分の好みに合わせて選択できるように、多様な趣味活動を提供しています

事業所はスペースを活かし、多様なプログラムを提供するようにしています。感染症対策により活動を見合わせているものもありますが、歌活動、ピーズ教室、コーラス、陶芸、書道、俳句、フラワーアレンジメント、ナチュラルアートなど豊富な趣味活動を提供しています。趣味活動は外部講師による活動、職員による活動、利用者本人による自由な活動に分けています。利用者は複数の活動から好みに合わせて選択できるようにしています。また、秋には紅葉ドライブ、正月週間では、春の花を使用した初生け花や獅子舞など季節を感じる行事を企画しています。

利用者調査結果

有効回答者数/利用者総数

70/102

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	78.0%	12.0%	5.0%	いはいえ：2.0%
2. 日常生活に必要な介助を受けているか	74.0%	8.0%	10.0%	7.0%
3. 利用中に興味・関心が持てる行事や活動があるか	65.0%	15.0%	7.0%	11.0%
4. 個別の計画に基づいた事業所での活動・機能訓練（体操や運動など）は、在宅生活の継続に役立つか	65.0%	15.0%	10.0%	8.0%
5. 職員から適切な情報提供・アドバイスを受けているか	68.0%	10.0%	10.0%	11.0%
6. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	80.0%	5.0%	14.0%	いはいえ：0.0%
7. 職員の接遇・態度は適切か	91.0%	5.0%	どちらともいえない：2.0%	いはいえ：0.0%
8. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	81.0%	15.0%	どちらともいえない：2.0%	いはいえ：0.0%
9. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	62.0%	5.0%	31.0%	いはいえ：0.0%
10. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	78.0%	11.0%	10.0%	いはいえ：0.0%
11. 利用者のプライバシーは守られているか	81.0%	14.0%	どちらともいえない：4.0%	いはいえ：0.0%
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	57.0%	8.0%	32.0%	いはいえ：1.0%
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	51.0%	14.0%	32.0%	いはいえ：1.0%
14. 利用者の不満や要望は対応されているか	74.0%	8.0%	14.0%	いはいえ：2.0%
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	28.0%	20.0%	8.0%	42.0%